

Заявка на участь у програмі фінансової допомоги

Якщо ви недостатньо застраховані й відповідаєте певним критеріям відповідності, вам не потрібно заповнювати цю заяву.

- ☐ Бездомність
- ☐ Смерть без майна
- ☐ Психічна недієздатність, коли немає кому діяти від імені пацієнта
- ☐ Право на участь у програмі Medicaid, але не дата надання послуг

- Участь у програмах допомоги малозабезпеченим:
- ☐ Програма харчування жінок, немовлят і дітей (WIC)
 - ☐ Програма додаткової допомоги в харчуванні (SNAP)
 - ☐ Програма безкоштовних обідів та сніданків у штаті Айова

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ЗАЯВНИКА:

Ім'я заявника: (ім'я, по батькові, прізвище)		Номер соціального страхування:		Дата народження:	
Адреса:		Місто:	Держава:	Поштовий індекс:	
Основний номер телефону:		Додатковий номер телефону:			
Статус зайнятості:					
☐ Працюю ☐ Самозайнята особа ☐ На пенсії ☐ Особа з обмеженими фізичними можливостями ☐ Безробітний — остання дата роботи: _____					
Найменування роботодавця: (якщо застосовується)					
Адреса роботодавця:		Місто:	Держава:	Поштовий індекс:	
Назва плану медичного страхування, запропонованого роботодавцем (включно з COBRA):					
☐ Медичне страхування не надається					

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОМОГОСПОДАРСТВО:

Починаючи з себе, перерахуйте всіх осіб, які проживають у вашому домі.

Повне ім'я:	Дата народження:	Ким доводиться:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО НЕРУХОМІСТЬ:

Який статус вашого основного місця проживання?

- ☐ Орендоване житло ☐ Купівля житла ☐ Власний будинок ☐ Бездомний
- ☐ Інше: _____

Чи є у вас інша нерухомість? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, то де? _____ Вартість: _____

ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ/ДОХОДИ

Назва банку: _____ Перевірка балансу: _____ Ощадний баланс: _____
Акції/облігації/депозитні сертифікати: _____ Вартість страхування життя: _____

Доходи: зазначте всі доходи, отримані особами, які проживають у вашому будинку, включно з доходами від роботи, самозайнятості, соціального страхування, пільг для ветеранів, безробіття, аліментів на дитину, компенсації працівникам, пенсії, IPERS, пенсійного забезпечення, державної служби і тощо.

Джерело:	Отримана сума:	Як часто отримували:	Особа, яка отримує:
Доходи від зайнятості			
Доходи від зайнятості			
Соціальне страхування			
Аліменти на утримання дитини			
Пенсія/безробіття			
Інше			
Інше			

Якщо у вашій заяві на отримання фінансової допомоги не вказано жодного доходу, опишіть, як ви забезпечуєте свої повсякденні витрати на проживання, як-от: житло, їжу, одяг тощо.

МЕДИЧНІ РЕСУРСИ

Чи є у вас медичне страхування? ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, то чи оформляється страхування через роботодавця? ☐ Так ☐ Ні
Якщо ні, чи пропонує ваш роботодавець медичне страхування? ☐ Так ☐ Ні

Назва страхової компанії: _____
Адреса: _____
Повне ім'я страхувальника: _____ Номер поліса: _____

Якщо у вас немає страховки, ви подали заявку на Medicaid? (Ми можемо вимагати від вас це зробити.)
☐ Так, очікую на затвердження ☐ Так, не маю права ☐ Ні

Якщо ви не подавали заявку, перевірте наведені нижче пункти, які застосовуються.

☐ Вам 19 або менше років

☐ Вам 65 або більше років

☐ Ви сліпі

☐ Ви вагітні

☐ Ви приймаєте ліки для контролю діабету, високого кров'яного тиску або судом

☐ Ви є недієздатною особою за визначенням Адміністрації соціального забезпечення

☐ У вас проживають діти віком до 19 років

Надішліть останні подані податкові декларації та документацію про доходи, отримані за останні три місяці. Не надсилайте оригінали документів, оскільки те, що ви надіслали разом із заявкою, не повертається.

ПІДПИС

Прочитайте й підпишіть нижче:

Я підтверджую, що інформація, надана в цій заяві й будь-якому доданому супровідному документі, є точною та повною, наскільки мені відомо. Я уповноважую медичний центр Lucas County Health Center перевіряти інформацію, надану в цій заяві.

Підпис заявника: _____ Дата: _____