

ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນສໍາລັບໂຄງການດູແລເບິ່ງແຍງຊຸມຊົນ

1. **I.D ຮູບພາບ.** ຕ້ອງເປັນ IOWA STATE I.D ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ສາມາດຮັບເອົາໃບຂັບຂີ່ Iowa ແລະ Iowa I.D ໄດ້ທີ່ພະແນກຄົມມະນາຄົມຂົນສົ່ງຂອງ Iowa, 6310 SE Convenience Blvd. (ພວມອອກຈາກ Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101
2. **ຫຼັກຖານພິສູດໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ.** ສິ່ງນີ້ຈະໄດ້ຈາກບັດປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບັດປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານທີ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້, ກະລຸນາແຈ້ງບອກຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການເງິນ. ສາມາດສັ່ງເອົາບັດປະກັນສັງຄົມທົດແທນໄດ້ທີ່ Riverpoint Office Complex, 455 SW 5th Street Suite “F” Des Moines, Iowa. 1-800-772-1213. ເວລາເຮັດວຽກແມ່ນວັນຈັນ – ວັນສຸກ: 9ໂມງເຊົ້າ ຫາ 3:30ໂມງແລງ.
3. **ຫຼັກຖານພິສູດທີ່ຢູ່ອາໄສ.** ພວກເຮົາຈະຈຳເປັນຕ້ອງພິສູດ ວ່າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຂດສູນການແພດໃນໂຄງການດູແລເບິ່ງແຍງຂອງ Iowa ເຂດທີ 5. ເພື່ອເຮັດສິ່ງນີ້, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງການເອກະສານ. ໃບຮັບເງິນຄ່າເຊົ່າ, ໃບບິນຄ່າສາທາລະນະນຸປະໂຫກ, ຄໍາຖະແຫຼງການປະກັນສັງຄົມ, ຫຼື ຈົດໝາຍໄປສະນີ “ທາງການ” ທີ່ໄດ້ສົ່ງຫາທ່ານຕາມ “ທີ່ຢູ່ທີ່ອາໄສຢູ່” ຂອງທ່ານໃນ 30 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ. ສິ່ງນີ້ບໍ່ສາມາດເປັນ PO Box, ທີ່ຢູ່ “ສົ່ງໄປສະນີ” ຫຼື ຈົດໝາຍໄປສະນີ “ຂີ້ເຫຍື້ອ” ທີ່ສົ່ງເຖິງທ່ານ ຫຼື “ຜູ້ຢູ່ອາໄສປະຈຸບັນ”. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບຈົດໝາຍໄປສະນີທີ່ສົ່ງຈາກສູນການແພດ Broadlawns.
4. **ຫຼັກຖານພິສູດລາຍຮັບ.** ພວກເຮົາກໍານົດໃຫ້ມີຫຼັກຖານພິສູດລາຍຮັບທັງໝົດ, ທີ່ໄດ້ຮັບໃນ 30 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເປັນ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດສະເພາະ: ການສົ່ງເງິນຊໍາລະຄ່າຈ້າງສໍາລັບ 30 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ, ຫຼື ການຢືນຢັນຂອງນາຍຈ້າງ, ຄໍາຖະແຫຼງການປະກັນສັງຄົມ, ການຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍພະນັກງານ, ລາຍຮັບຄົນພິການ. ການສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ, ລາຍຮັບຄ່າລ້ຽງດູ, ການຈ້າງງານຕົວເອງ. ມໍລະດົກ
5. **ໃບແຈ້ງເສຍພາສີລາຍຮັບ.** ພວກເຮົາກໍານົດໃຫ້ມີສໍາເນົາຂອງໃບແຈ້ງເສຍພາສີລາຍຮັບຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ຍື່ນຫຼ້າສຸດ.
ຖ້າບໍ່ມີລາຍຮັບ/ຫວ່າງງານ. ພວກເຮົາກໍານົດໃຫ້ມີ **ການຄຸ້ມກັນ – ໃນ – ຈົດໝາຍກະລຸນາ** (ໜັງສືແຈ້ງການສະໜັບສະໜູນ)
6. **ຫຼັກຖານພິສູດການຮ້ອງຂໍເອົາການປະກັນສັງຄົມສໍາລັບຄວາມພິການ.** ສິ່ງນີ້ໄດ້ຮັບການພິສູດດ້ວຍເອກະສານຈາກຝ່າຍບໍລິການຂອງການປະກັນສັງຄົມ (515-283-0212) ທີ່ສະແດງວັນທີທີ່ຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄໍາຖະແຫຼງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກຕາງໜ້າ ຫຼື ທະນາຍຄວາມຕາມກົດໝາຍທີ່ເລືອກໄວ້ໃດໜຶ່ງ
7. **ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບໂຄງການ Medicaid / ໂຄງການດູແລເບິ່ງແຍງຂອງ Iowa** ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຂໍເອົາໂຄງການ Medicaid / ໂຄງການດູແລເບິ່ງແຍງຂອງ Iowa. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ອາດ ຫຼື ອາດບໍ່ ມີໃຫ້. ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການເງິນຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເຮັດການກໍານົດນີ້. ຈຳເປັນຕ້ອງມີຫຼັກຖານພິສູດການຄຸ້ມຄອງດ້ວຍໂຄງການເຫຼົ່ານີ້. ສໍາເນົາຂອງໜັງສືແຈ້ງການຄໍາຕັດສິນຂອງພະແນກການບໍລິການມະນຸດຂອງ Iowa ຂອງທ່ານຈະມີຂໍ້ມູນນີ້, (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 ເວລາເຮັດວຽກແມ່ນ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4:30 ໂມງແລງ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ)
8. **ທ່ານຕ້ອງສະໜອງໃຫ້ໜັງສືແຈ້ງການຜົນປະໂຫຍດຈາກໂຄງການ Food Stamp.** ສໍາເນົາຂອງໜັງສືແຈ້ງການຄໍາຕັດສິນຂອງພະແນກການບໍລິການມະນຸດຂອງ Iowa ຂອງທ່ານຈະມີຂໍ້ມູນນີ້, (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 ເວລາເຮັດວຽກແມ່ນ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4:30 ໂມງແລງ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ)
9. **ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດ.** ທ່ານຈະຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງໃຫ້ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບທັງໝົດ. ຕ້ອງເປັນເອກະສານທີ່ລັດອອກໃຫ້ພ້ອມມີຕາປະທັບຂອງລັດ. (ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດ Iowa ຮ້ອງຂໍໄດ້ທີ່: 515-281-4944. Lucas State Office Building 321 East 12th, Des Moines Iowa.)
10. **ຫຼັກຖານພິສູດບັນຊີທັງໝົດ** ລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດສະເພາະ: ບັນຊີເງິນຝາກທະນາຄານ, ເງິນສະສົມ, ບັນຊີເງິນຂອງ IRA, 401K, CD, ຫຸ້ນ, ຫຸ້ນກູ້, 403B, ສິນເຊື້ອ, ເງິນອັດຕາລາຍປີ, IPERS, ແລະ ບັນຊີເງິນປະເພດອື່ນໆໃດໜຶ່ງ. ພວກເຮົາຕ້ອງການສໍາເນົາຂອງລາຍງານທະນາຄານທີ່ສະແດງຈໍານວນເງິນທຶນທີ່ມີຢູ່ໃນບັນຊີເຫຼົ່ານີ້.
11. **ຫຼັກຖານພິສູດການຊໍາລະເງິນສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ.** ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ, ທ່ານຈະຈຳເປັນຕ້ອງນໍາຫຼັກຖານພິສູດການຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຊ່ວງ 90 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ. ໂຄງການສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍຂອງ Iowa 1-888-229-9223, ວັນທໍາມະດາ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ CST
12. **ອື່ນໆ:** ຂໍ້ມູນອື່ນໆໃດໜຶ່ງທີ່ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການເງິນອາດຕ້ອງການ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.

ການກວດຄັດການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການເງິນ

ວັນທີ: ວັນສຸກ, ວັນທີ 21 ມິຖຸນາ 2019 MR# _____

ກວດສອບ: _____
ເດັກນ້ອຍ: _____
ຄວາມພິການ: _____
ຄໍາແນະນຳທົ່ວໄປ: _____
ແອັບ T19: _____
PHC: _____

**ລຳລັບພະນັກງານໃຊ້ **

ຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຄູ່ສົມລົດ

ຊື່ເຕັມ: _____ ຊື່ເຕັມ: _____
ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ອາຍຸ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ອາຍຸ: _____
ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ _____ ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ _____
ເພດ: ຊ / ຍ ພາສາຫຼັກ: _____ ເພດ: ຊ / ຍ ພາສາຫຼັກ: _____
ພົນລະເມືອງຂອງ US: ແມ່ນ / ບໍ່ ພົນລະເມືອງຂອງ US: ແມ່ນ / ບໍ່
ສະຖານະການແຕ່ງງານ (ເລືອກອັນໜຶ່ງ): ໂສດ (ບໍ່ເຄຍແຕ່ງງານ) / ແຕ່ງງານແລ້ວ / ແຍກທາງກັນແລ້ວ / ປະຮ້າງແລ້ວ / ເປັນໝ້າຍ / ກົດໝາຍທົ່ວໄປ
ທ່ານເຄີຍຮັບໃຊ້ລາຊະການກອງທະຫານປະກອບອາວຸດຂອງສະຫະລັດບໍ່? ແມ່ນ / ບໍ່ ປົດອອກຈາກຕຳແໜ່ງແລ້ວບໍ່? _____

ທີ່ຢູ່ອາໄສ

ທີ່ຢູ່ທີ່ອາໄສຢູ່ປະຈຸບັນ: _____
ທີ່ຢູ່ສົງໄປສະນີ (ຖ້າຕ່າງກັນ) _____
ຕົວເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____
ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີໂທລະສັບທີ 2 _____

ເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກເປັນເຮືອນຂອງທ່ານ

ຊື່: _____	ວັນເດືອນປີເກີດ: _____	ss# _____	ພົນລະເມືອງຂອງ US ແມ່ນ / ບໍ່
ຊື່: _____	ວັນເດືອນປີເກີດ: _____	ss# _____	ພົນລະເມືອງຂອງ US ແມ່ນ / ບໍ່
ຊື່: _____	ວັນເດືອນປີເກີດ: _____	ss# _____	ພົນລະເມືອງຂອງ US ແມ່ນ / ບໍ່
ຊື່: _____	ວັນເດືອນປີເກີດ: _____	ss# _____	ພົນລະເມືອງຂອງ US ແມ່ນ / ບໍ່
ຊື່: _____	ວັນເດືອນປີເກີດ: _____	ss# _____	ພົນລະເມືອງຂອງ US ແມ່ນ / ບໍ່

ກະລຸນາລະບຸລາຍຊື່ຄົນອື່ນໆທັງໝົດທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ

ຊື່: _____	ຄວາມສຳພັນ: _____
ຊື່: _____	ຄວາມສຳພັນ: _____
ຊື່: _____	ຄວາມສຳພັນ: _____
ຊື່: _____	ຄວາມສຳພັນ: _____

ຂໍ້ມູນການຈ້າງງານ

ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ: _____ ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ: _____
ທີ່ຢູ່: _____ ຕົວເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____
ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ# _____

ນາຍຈ້າງຂອງຄູ່ສົມລົດ: _____ ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ: _____
ທີ່ຢູ່: _____ ຕົວເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____
ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງຂອງຄູ່ສົມລົດ# _____

ລາຍຮັບ

ກະລຸນາລະບຸ ທຸກ ແຫຼ່ງລາຍຮັບ, ຜົນປະໂຫຍດ, ການສະໜັບສະໜູນ, ສິດທິ, ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ	ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ຈຳນວນລວມ	ຄວາມຖີ່ທີ່ໄດ້ຮັບ

ຊັບພະຍາກອນ

ບັນຊີເງິນຝາກທະນາຄານ: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ ເງິນສະສົມ: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ IRA: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____
 CD: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ ສິນເຊື່ອ: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ ເງິນອັດຕາລາຍປີ: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____
 ຫຸ້ນ/ຫຸ້ນກູ້: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ 401K: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ IPERS: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____
 ຊັບສິນ/ຊັບສິນບັດຕົວຈິງ ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ\$ _____ ທີ່ຢູ່: _____

ລົດ: ປີ _____	ຍີ່ຫໍ້ _____	ລຸ້ນ _____	ຕິດໜີ້/ເປັນເຈົ້າຂອງ _____	ມູນຄ່າ _____
ລົດ: ປີ _____	ຍີ່ຫໍ້ _____	ລຸ້ນ _____	ຕິດໜີ້/ເປັນເຈົ້າຂອງ _____	ມູນຄ່າ _____
ລົດ: ປີ _____	ຍີ່ຫໍ້ _____	ລຸ້ນ _____	ຕິດໜີ້/ເປັນເຈົ້າຂອງ _____	ມູນຄ່າ _____

ມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບບໍ່? ແມ່ນ / ບໍ່ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕໍ່ເດືອນ: \$ _____
 ມີການປະກັນໄພອື່ນ: ແມ່ນ / ບໍ່
 ຈ່າຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບເງິນສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ: ແມ່ນ / ບໍ່ ຈຳນວນ: \$ _____ ຜູ້ທີ່ຈ່າຍ / ທີ່ໄດ້ຮັບ: _____
 ມີການຮ້ອງທຸກຂໍການປະກັນສັງຄົມສໍາລັບຄວາມພິການປະຈຸບັນ: ແມ່ນ / ບໍ່
 ວັນທີຮ້ອງຂໍການປະກັນສັງຄົມເດີມແມ່ນວັນທີໃດ: _____
 ມີທະນາຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກສໍາລັບຄວາມພິການບໍ່? ແມ່ນ / ບໍ່
 ຊື່ຂອງທະນາຍຄວາມດ້ານຄວາມພິການ: _____
 ໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈົດໃຈຢູ່ທີ່ Broadlawns ໃນ 13 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ: ແມ່ນ / ບໍ່
 ທ່ານວາງແຜນເພື່ອໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈົດໃຈບໍ່: ແມ່ນ / ບໍ່
 ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຖືພາບໍ່: ແມ່ນ / ບໍ່

ການອະນຸຍາດ

ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ບັນທຶກການຈ້າງງານຂອງລັດ, ເຊິ່ງລວມເຖິງຂໍ້ມູນທີ່ນາຍຈ້າງຂອງແຕ່ລະບຸກຄົນລາຍງານຕໍ່ລັດ, ແລະ ປະຫວັດລາຍຮັບ, ເຊິ່ງລວມເຖິງບັນທຶກຂອງໜ່ວຍງານດ້ານຄວາມປອດໄພໃນການຈ້າງງານຂອງລັດແກ່ສູນການແພດ Broadlawns (BMC) ແລະ ວ່າທີ່ນັກລົງທຶນ ຫຼື ຜູ້ປະກັນໄພໃດໜຶ່ງຂອງການເຮັດທຸລະກໍາໃຫ້ສິນເຊື່ອນີ້. ການອະນຸຍາດນີ້ແມ່ນສໍາລັບການເຮັດທຸລະກໍາໃຫ້ສິນເຊື່ອເທົ່ານັ້ນ ແລະ ດໍາເນີນການຕໍ່ສູດຄວາມສາມາດເປັນເວລາ 365 ມື້ນັບຈາກວັນທີທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ການຍິນຍອມເຫັນດີນີ້ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າກົດໝາຍຂອງລັດຈໍາກັດໄວ້, ໃນກໍລະນີທີ່ການອະນຸຍາດດໍາເນີນການຕໍ່ເປັນໄລຍະເວລາສູງສຸດບໍ່ເກີນ 365 ມື້ ທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້.

ນອກຈາກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ BMC, ຕົວແທນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຂອງມັນ ກວດເບິ່ງບັນທຶກເງິນລາຍທີ່ໄດ້ຈາກການຈ້າງງານໃນອະດີດ ແລະ ປະຈຸບັນ, ສະຖານະການຈ້າງງານໃນອະດີດ ແລະ ປະຈຸບັນ, ບັນຊີທະນາຄານ, ການຖືຫຸ້ນ ແລະ ດຸນຊັບສິນອື່ນໆໃດໜຶ່ງຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈໍາເປັນ. ນອກເໜືອຈາກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ BMC, ຕົວແທນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຂອງມັນ ສັງເກດລາຍງານສິນເຊື່ອຂອງຜູ້ໃຊ້ບໍລິການ ແລະ ກວດເບິ່ງບັນທຶກສິນເຊື່ອອື່ນໆຕາມທີ່ຈໍາເປັນ. ຮູບຖ່າຍ ຫຼື ສໍາເນົາທີ່ພິມດ້ວຍເຈ້ຍຄາບອນຂອງການອະນຸຍາດນີ້ (ຂອງລາຍເຊັນຂອງຜູ້ລົງລາຍເຊັນຂ້າງລຸ່ມ) ອາດໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຄືກັບຕົ້ນສະບັບ.

ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ໃນການລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງ ແລະ ທັງໝົດໃນສະຖານະລາຍຮັບ ແລະ ການປະກັນໄພໃນຄົວເຮືອນ ພາຍໃນສິບມື້ເຮັດວຽກ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ວັນທີ:

ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ວັນທີ: