



For Office Use

Account#
Date Received
Number in HH
Total Income
SF Determination
Financial Info Scanned into Centricity
Staff Initial
DHS Eligibility
<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> Not Eligible
<input type="checkbox"/> Enrollment Counselor Contacted Patient

## GODISNJA APLIKACIJA ZA FINANCIJSKU POMOC

Datum \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum Rodjenja \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Grad \_\_\_\_\_ Drzava \_\_\_\_\_ Postanski Broj \_\_\_\_\_ Broj Telefona \_\_\_\_\_

### Recite nam o vasoj familiji

Ime supruge/supruga:	Datum rodjenja:
Ime uzdrzavane osobe:	Datum rodjenja:
Ime uzdrzavane osobe:	Datum rodjenja:
Ime uzdrzavane osobe:	Datum rodjenja:
Ime uzdrzavane osobe:	Datum rodjenja:
Ime uzdrzavane osobe:	Datum rodjenja:

### Recite nam o vasim prihodima

- JA NE ZELIM PRIKAZATI SVOJU ZARADU. JA RAZUMIJEM DA CU BITI ODGOVORAN ZA SVA ZADUZENJA I DA SE NECU MOCI KVALIFIKOVATI ZA PLAN PLACANJA. Molimo da se potpisete na zadnjoj stranici i vratite ovaj obrazac.
- JA SAM DOSTAVIO INFORMACIJE OD SVOJIH PRIHODA DOLE ISPOD I DOSTAVICU DOKAZ O SVOJIM PRIHODIMA KAO STO JE NAVEDENO. I PROVIDED MY INCOME INFORMATION BELOW AND WILL PRESENT PROOF OF THIS INCOME AS NOTED. Na zadnjoj stranici nalazi se vise detalja o od vas trazanim dokumentima koje trebate dostaviti.

Dokaz za Prihode	Potrebni Dokumenti	Sam	Suprug
<b>Zarada</b>	Zadnja 2 odreska cekaa ili W-2	Zaposlenikr: _____ Satnica: \$ _____ Sati u Sedmici: _____ Ucestalost Placanja: <input type="checkbox"/> Dnevno <input type="checkbox"/> Sedmicno <input type="checkbox"/> Svake 2 Sedmice <input type="checkbox"/> Mjesecno	Zaposlenikr: _____ Satnica: \$ _____ Sati u Sedmici: _____ Ucestalost Placanja <input type="checkbox"/> Dnevno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedmicno <input type="checkbox"/> Svake 2 Sedmice <input type="checkbox"/> Mjesecno
<b>Nezaposlenost</b>	Rjesenje ili 2 najnovija izvjestaja iz banke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi \$
<b>Radnicka Nadoknada</b>	Zadnja 2 odreska cekaa	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Invalidnost</b>	2 najnovija izvjestaja iz banke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Penzija</b>	2 najnovija izvjestaja iz banke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Social Security</b>	Pismo odluke ili 2 najnovija izvjestaja iz banke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Uzdrzavanje Dijeteta</b>	Pismo odluke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi \$
<b>Alimentacija</b>	Pismo odluke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Veteranske Beneficije</b>	2 najnovija izvjestaja iz banke	Mjesečni Prihodi \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Educational Stipend</b>	Pismo odluke ili 2 najnovija izvjestaja iz banke	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi \$
<b>Prihod od Rentanja</b>	Najnoviji federalni povrat poreza	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihodi: \$
<b>Samo-zaposlenost</b>	Najnoviji federalni povrat poreza	Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihod: \$
<b>Drugo</b>		Mjesečni Prihodi: \$	Mjesečni Prihod: \$

(over)

## Informacije o Uzdržavanju Djeteta ili Alimentaciji

Dali vi (ili vas suprug) plaća uzdržavanje djeteta ili alimentaciju?  Da  Ne

Ako da, napisite iznos koji plaćate svaki mjesec : \$\_\_\_\_\_

## Potpisite da Pokazete da Vi Odobravate Informacije Navedene na ovoj Aplikaciji

Izjavljujem da je moje finansijsko stanje kao što je gore navedeno. Znam da Peoples Community Health Clinic, Inc koristi federalni novac da mi pomogne da dobijem njegu. Ja razumjem da se bilo kakav pogresan prikaz informacija u vezi moje zarade smatra prevarom američke vlade. Ja razumjem da je moja odgovornost da obavjestim na vrijeme Peoples Community Health Clinic, Inc. O bilo kakvim promjenama u mom osiguranju ili statusu zarade. Peoples Community Health Clinic, Inc. Može otpustiti moje finansijske podatke i bilo koje zdravstvene podatke u svrhu revizije po potrebi.

\_\_\_\_\_  
Potpis Pacijenta/Aplikanta

\_\_\_\_\_  
Datum

## Dokumenti Potrebni za Dokaz o Prihodima

Ispod je više detalja za "Potrebne Dokumente" da dokazete vas prihod. Vi samo trebate predati dokumente navedene uz vas izvor prihoda u tabeli na prednjoj stranici.

Molimo uključite KOPIJE od ovih informacija kada predate ovu aplikaciju. Originali neće biti vraćeni.

- Odresci Cekova: Dva najnovija odreska cekova sa datumima u zadnja tri mjeseca
- W-2: Mora biti od zadnje godine
- Rjesenje: Mora navesti razlog za, datum pocetka, i iznos place
- Bankovski Izvjestaj: dva najnovija izvjestaja iz banke sa datumima u zadnja tri mjeseca.
- Povrat Federalne Takse: Mora biti od zadnje godine.

## Pacijent Bez Osiguranja

Pacijenti bez osiguranja imaju poticaj da dostave obavjest sa odlukom uvezi kvalificiranosti za osiguranje kroz Marketplace (Affordable Care Act). Ako vi trebate pomoc u procesovanju vase aplikacije kroz Healthcare.gov ili Iowa Department of Human Services, Molimo kontaktirajte jednog od nasih ovlascenih savjetnika za apliciranje na 319-874-3350.

**AKO IMATE BILO KAKVIH PITANJA,  
MOLIMO DA NAZOVETE RACUNOVODSTVO NA BROJ (319) 874-3000.  
PRITISNITE 7 ZA RACUNOVODSTVO, ZATIM 1 ZA FINANCIJSKU POMOC.**