

GODISNJI OBRAZAC ZA REGISTRACIJU



PEOPLES
Community Health Clinic

905 Franklin Street, Waterloo, IA 50703 (319)272-4300
118 S. Main Street, Clarksville, IA 50619 (319)278-9020

For Office Use	
Account#	
Date Received	
Number in HH	
Total Income	
SF Determination	
Staff Initial	
DHS Eligibility	
<input type="checkbox"/> Eligible	
<input type="checkbox"/> Not Eligible	
<input type="checkbox"/> Enrollment Counselor Contacted Patient	

Datum: _____

[MOLIMO PISITE STAMPANO

Ime: _____ Datum rodjenja _____ **Hispanik?** Da Ne

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

Jezik koji se govori kod kuće: Engleski Spanski Bosanski/Srpsko-Hrvatski Burmanski Drugi _____

Adresa: _____ Grad _____ Drzava _____ Broj poste _____

Broj Telefona _____ **Da li vi?** Posjedujete/iznajmljujete Privremeni smjestaj Skloniste Drugo _____

Bracno stanje: Samac U braku Udovac/ica Rastavljen/a Odvojen/a Dali ste vi USA drzavljeni _____

Da li bilo tko u porodici ima zdravstveno/zubarsko osiguranje? Da Ne *Ako ima, molimo vas da priložite kopiju kartice.*

Da li bilo tko u porodici ima osiguranje za lijekove? Da Ne *Ako ima, molimo vas da priložite kopiju kartice.*

Da li je bilo tko u porodici veteran? Da Ne Ko? _____ Datumi sluzbe Od: ____ Do: ____

Da li primete drzavnu pomoc za smjestaj (Section 8) Da Ne

Ime supruznika: _____ Datum rodjenja _____ **Hispanik?** Da Ne

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

Ime uzdrzavane osobe: _____ Datum rodjenja _____ **Hispanik?** Da Ne

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

Ime uzdrzavane osobe: _____ Datum rodjenja _____ **Hispanik?** Yes No

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

Ime uzdrzavane osobe: _____ Datum rodjenja _____ **Hispanik?** Yes No

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

Ime uzdrzavane osobe: _____ Datum rodjenja _____ **Hispanik?** Yes No

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

Ime uzdrzavane osobe: _____ Datum rodjenja Datum rodjenja _____

_____ **Hispanik?** Yes No

Izaberite: Bjelac Crnac/Afro-Amerikanac Azijac Americki indijanac/Aljaska domorodac Vise od jednog Drugo _____

(druga strana)

FINANCIJSKI PRIKAZ

JA NE ZELIM PRIKAZATI SVOJU ZARADU. JA RAZUMIJEM DA CU BITI ODGOVORAN ZA SVA ZADUZENJA I DA CU SE MOCI KVALIFIKOVATI ZA PLAN PLACANJA.
Molimo vas da potpisete ispod I da vratite obrazac.

INFORMACIJE O ZARADI (SVI DJELOVI MORAJU BITI POPUNJENI):

Da li ste vi ili vas supruznik trenutno zaposleni? . . . Da Ne *Ako niste, molimo preskocite do drugih izvora zarade ispod*

Da li ste vi ili vas supruznik samozaposleni? Da Ne *Ako jeste, molimo priložite zadnji obracun takse*

Applikant

Applikantov supruznik

Poslodavac	Poslodavac
Adresa	Adresa
Broj telefona	Broj telefona
Grad	Grad
Drzava	Drzava
Postanski broj	Postanski broj
Satnica	Satnica
Sati sedmicno	Sati sedmicno

Da li placate alimentaciju/djecju pomoc? Da Ne Mjesečni iznos \$ _____

DRUGI IZVORI ZARADE (oznacite vrstu I navedite iznos):

- Alimentacija/ Djecija Pomoc - Mjesečno primanje \$ _____
- Socijalno osiguranje _____
- Veteranske Beneficije _____
- Nadoknada za nezaposlene _____
- Skolska stipendija _____
- Godisnja penzija _____
- Radnicka kompenzacija _____
- Zarada od kirije _____
- Drugo (Navedite) _____

Izjavljujem da je moje financijsko stanje kao sto je gore navedeno. Znam da Peoples Community Health Clinic, Inc. koristi federalni novac da mi pomogne da dobijem njegu. Ja razumijem da se bilo kakav pogresan prikaz informacija u vezi moje zarade smatra prevarom americke vlade. Ja razumijem da je moja odgovornost da obavijestim na vrijeme Peoples Community Health Clinic, Inc. o bilo kakvim promjenama u mom osiguranju ili statusu zarade. Peoples Community Health Clinic, Inc. moze otpustati moje financijske podatke I bilo koje zdravstvene podatke u svrhu revizije po potrebi. Ja dajem odobrenje da se ove informacije mogu podijeliti sa Iowa Department of Human Services ako obavijest o odluci u vezi odobrenja Cina Dostupne Zastite nije prilozena.

Potpis pacijenta/aplikanta

Datum

Dostavite sljedece stvari:

(Molimo vas da posaljete kopije, originali nece biti vraceni)

Financijske informacije su potrebne za sve clanove kucanstva

- Kopije od zadnja dva odrezka od cek. Sa datumima u zadnja tri mjeseca. .
- Verifikacija o mjesecnom primanju od socijalnog osiguranja ako ste penzionisani ili primete invalidninu.
- Kopija sadasnjeg resenja o nezaposlenosti.
- Kopija sadasnjeg obracuna Federalne Takse (Mora biti iz sadasnje kalendarske godine i mora ukljuciti Schedule C ako tvrdite da ste samo zaposleni)
- Kopija od W-2 (Mora biti iz sadasnje kalendarske godine)
- Pacijenti bes 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 Departman of Human Services, Molimo kontaktirajte jednog od nasih ovlascenih savjetnika za apliciranje na (319)272-4350. Informacije u ovoj aplikaciji mogu bit podjeljene sa Iowa Department of Human Services. Ako obavjest of odluci u vezi Affordable Care Act pokrivenost nije prilozena .

**AKO IMATE BILO KAKVIH PITANJA,
MOLIMO VAS DA NAZOVETE RACUNOVODSTVO NA BROJ 319/272-4300,
PRITISNITE 7 ZA RACUNOVODSTVO, ZATIM 1 ZA FINANCIJSKU POMOC.**