



CENTRE DE SANTÉ MENTALE DU SUD DE L'IOWA
DEMANDE DE FRAIS DÉGRESSIFS

Sécurité sociale #: _____

Date de naissance: _____

Date d'application: _____

Prénom: _____ Deuxième prénom: _____ Nom de famille: _____

Adresse: _____

Ville: _____ État: _____ Fermeture éclair: _____

Téléphone fixe: _____ Téléphone portable: _____

Êtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance maladie ? : Oui Non

Si oui, quel est le nom du régime ? : _____

Détails du revenu mensuel brut :

Nombre d'adultes dans le ménage : _____

Nombre d'enfants dans le ménage : _____

Actuellement employé : Oui Non

Lieu d'embauche: _____

Temps plein Temps partiel Saisonnier Autre : _____

Source	Soi	Conjoint	Autre	Total
Salaires bruts, traitements, pourboires, etc.				
Indemnités de chômage, indemnisation des accidents du travail, sécurité sociale Revenu, aide publique, paiements aux anciens combattants, prestations de survivant, pension ou un revenu de retraite				
Revenus d'intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus de successions, fiducies, aide scolaire, pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, aide extérieure le ménage et divers. sources				

Revenu total				
--------------	--	--	--	--

Une preuve de revenu peut être exigée avec cette demande, y compris, sans toutefois s'y limiter, les fiches de paie, les déclarations de revenus, etc.

Je certifie que les informations sur la taille de la famille et les revenus indiquées sont correctes :

Nom: _____ (Imprimer) Date: _____

Signature: _____

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Revenu familial BRUT annuel : _____ # Personnes dans le ménage _____ = _____%PGL

DÉTERMINATION DE L'ÉLIGIBILITÉ

_____ Admissible à l'aide _____ Non éligible à l'aide

_____ % des frais dus par le client _____% _____ % des frais dus sur la subvention _____%

Date effective: _____ Date d'expiration: _____

Signature autorisant : _____ Date: _____

Une fois le formulaire complété :

_____ Original numérisé dans le graphique et envoyé par courrier électronique à Angie avec les informations d'approbation

_____ Alerte mise en place dans Credible et Iowa DHS Block Grant ajouté comme assurance

_____ Client informé par le personnel Date : _____ Initiales du personnel : _____