

Solicitud de ayuda financiera

Acct #



Informacion del paciente

Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Seguro Social		Numero de Telefono	
Direccion		Ciudad		Estado	
Nombre del empleador		Numero de telefono		Codigo Postal	
Direccion del empleador		Ciudad		Estado	
				Codigo Postal	

Informacion del conyuge o tutor legal

Apellido del conyuge o tutor total		Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de nacimiento		Seguro Social		Numero de telefono	
Direccion (solo si es diferente al anterior)		Ciudad		Estado	
				Codigo Postal	
Nombre del empleador		Numero de Telefono			
Direccion del empleador		Ciudad		Estado	
				Codigo Postal	

Sección A (Ingresos) Indique el ingreso de cada una de las siguientes personas en su hogar o vivienda

(Esta seccion solo se usa si el paciente es menor de edad)

Ingreso del paciente	Frecuencia:	Ingresos del Padre	Frecuencia:
\$	[]Por hora []Semana []Mes []Año	\$	[]Hora []Semana []Mes []Año
Ingresos del conyuge	Frecuencia:	Ingresos de la madre	Frecuencia:
\$	[]Por hora []Semana []Mes []Año	\$	[]Hora []Semana []Mes []Año
Ingreso total: \$		Ingreso Total:	

Seccion B (Familiares) Indique la cantidad de personas en el hogar o la vivienda del paciente:

Seccion C (Verificacion de ingresos) Proporcione UNO de los siguientes tipos de documentos de verificacion de ingresos

Estos documentos aparecen en orden de preferencia

- | | |
|---|--|
| 1. Chequ de pago | 6. Comprobante de participacion en ayuda del gobierno (estampillas o cupones de alimentos, CDIC Medicaid o AFDC) |
| 2. Forma W-2 del IRS | 7. Estado de cuentas bancarias |
| 3. Declaracion de Impuestos | 8. Otro _____ |
| 4. Verificacion del empleador | |
| 5. Seguro social, compensacion de los trabajadores o cartas de determinacion de la compensacion por desempleo | |

Si no puede proporcionar alguno de los documentos o comprobantes de ingreso indicados, eplique porque no puede disponer esta informacion

Yo entiendo que Hope Clinic of Garland, Inc. puede verificar la informacion financiera incluida en esta Solicitud de ayuda financiera (la Solicitud) en relacion con la evaluacion de Hope Clinic de Garland para efectos de esta solicitud, y que al firmar a continuacion, autorizo a mi empleador o a cualquier otra persona indicada en solicitud, a confirmar o proporcionar otros detalles con respecto a la informacion proporcionada en la solicitud. Por la presente autorizo a Hope Clinic de Garland a solicitar reportes de las agencias de informes de credito y de la Administracion de Seguro Social. Confirmo que las declaraciones efectuadas en esta solicitud son fieles y correctas, a mi mejor saber y entender, y que se hacen de buena fe. Entiendo que toda falsificacion o distorcion de informacion en esta solicitud puede dar lugar a la negacion de ayuda financiera

Firma del paciente o de la parte responsable

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del empleado de Hope Clinic de Garland
(Solo si se le ayudo a la persona a llenar la solicitud)

Nombre en letra de molde

Fecha

Solo para uso de la oficina

Verificacion de ingresos		
Nombre de la persona contactada (1)	Fecha	Informacion obtenida
Nombre de la persona contactada (2)	Fecha	Informacion obtenida
_____ Firma del empleado de Hope Clinic	_____ Fecha	
Notas sobre la cantidad de personas en el hogar o vivienda		
si el paciente o tutor legal no puede firmar esta solicitud, explique la razon:		