



Solicitud del Programa de Asistencia Financiera

Salarios, ingresos y otra información

Paciente/Cónyuge Garante

/Segundo padre/Pareja

Nombre	Nombre
Salarios (mensuales): \$	Salarios (mensuales): \$
Manutención de los hijos: \$	Manutención de los hijos: \$
Beneficios VA: \$	Beneficios VA: \$
SSI: \$	SSI: \$
Otros: \$	Otros: \$
Explique otros:	Explique otros:

Cero ingresos no es aceptable sin una carta que defina la causa de esta situación y una explicación sobre cómo se satisfacen sus necesidades diarias de vida. Si vive o recibe asistencia de otra parte / persona, se pueden solicitar los ingresos de esa persona o verificar el monto del regalo (la asistencia monetaria que le están dando). Además, se pueden requerir dos declaraciones escritas de miembros que no sean de la familia como verificación y deben incluir una firma, fecha, número de teléfono, dirección, relación (cómo conocen al paciente) y el documento debe ser notariado.

Residencia:

Alquiler: _____ Propio: _____

Propietario/Titular de la hipoteca: _____

Número de teléfono _____

Número de personas que viven en el hogar _____ Número menor de 18 años _____

Relación con el paciente: _____

Utilidades: \$ _____

Pagos de automóviles/camiones: \$ _____

Facturas médicas: \$ _____

Seguro de auto y de propietarios de vivienda: \$ _____

Seguro médico: \$ _____ Proveedor _____ de cable: \$ _____

Se deben incluir copias de estos estados de cuenta mensuales.

Recursos:

Comprobación: sí ___ no ___ Cash a mano: \$ _____

Ahorro: yes ___ no ___ Saldo de ahorros: \$ _____

Cuenta flexible de gastos y ahorros para la salud: sí ___ no: ___ Saldo disponible: _____

Otros datos/Vehículos:

Año _____

Año _____

Año _____

Documentos solicitados: Comprobante de gasto:

_____ Último cheque de pago de 4 stubs _____ Copia del pago mensual de la hipoteca

_____ Beneficio del seguro social letter _____ Copia del contrato de alquiler

_____ Últimos 3 meses statements _____ bancaria Copias de _____ todas las facturas mensuales

_____ Declaración de impuestos federales de 2021

_____ Carta de elegibilidad de Medicaid

_____ Cualquier documento que demuestre manutención infantil o pensión alimenticia recibida o pagada

_____ Si está sin trabajo debido a una enfermedad o lesión, carta de nuestro empleador con respecto a su estado de empleo