



Para el uso del Personal de la Oficina Solamente

Total Income	\$	# HH Members	
APA Screened? Y/N			
App Approved/Denied?			
If Denied Why?			
Medicare Log? Y/N			
COORDINATOR			
PFS MANAGER			
CFO (IF OVER \$5000)			

Solicitud para Asistencia Financiera

Información sobre el Paciente	
Nombre:	
#SS:	
FDN:	

Información sobre el Responsable	
Nombre:	
#SS:	
FDN:	

Información sobre el Conyugue	
Nombre:	
#SS:	
FDN:	

Dirección del Paciente	
# Teléfono	

¿Cuánto tiempo tiene en esta dirección?	
¿Ciudadano de EU? SI / No	

Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viuda(o)	<input type="checkbox"/> Divorciado
---------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Miembros en el hogar de la familia (Si el miembro de la familia tiene empleo, por favor, envíe prueba del ingreso.)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento

Historia de Empleo *Por favor, provea pruebas de sus ingresos.*

Ejemplos: Talón de cheque, Formulario de W2, Declaración de Impuestos, Verificación de Seguro Social o de Discapacidad, Carta de su Patrón, Asistencia Pública, Ingresos de jubilación, Pensiones Alimenticias, Mantenimiento de los hijos o Asistencia Educativa.

Patrón del Paciente o de la Persona Responsable:			De:	A:
Salario	Hora /Semana / Mes/ Año	# de Horas promedio que trabaja en una semana:	# Teléfono:	
Nombre del patrón anterior:			De:	A:
Salario	Hora /Semana / Mes/ Año	# de Horas promedio que trabaja en una semana:	# Teléfono:	
Patrón de su Conyugue:			De:	A:
Salario	Hora /Semana / Mes/ Año	# de Horas promedio que trabaja en una semana:	# Teléfono:	
Nombre del patrón anterior:			De:	A:
Salario	Hora /Semana / Mes/ Año	# de Horas promedio que trabaja en una semana:	# Teléfono:	
Si no tiene ingresos, por favor, explique por que:				

Seguro de Salud	
¿Tiene usted seguro vigente? Sí / No	Si es así, ¿Cuál es su seguro?

¿Ha aplicado para el Medicaid? Sí / No	Si es así, ¿cuando?:	¿En que Condado?
Nombre del Asistente Social:		¿Fue aprobado o Negado para el Medicaid?

Estampillas para la Comida		
¿Esta usted recibiendo asistencia con Estampillas para la Comida? Sí / No	Si es así, ¿Cuánto recibe?	\$ _____ /al mes

Bienes (adjunte páginas adicionales si es necesario)	
Residencia Principal	\$
Otros Bienes Raíces	\$
Cuentas de Banco	\$
Chequera	\$
Ahorros	\$
Cuentas de Retiro	\$
Acciones/ Fondos Mutuos / Fideicomiso	\$
Valor en efectivo de su Seguro de Vida	\$
Estampillas para la comida mensuales	\$
Total de Bienes	\$

Deudas	Balance Actual	Pago Mensual
Resto de la Hipoteca	\$	\$
Renta	\$	\$
Servicios Públicos	\$	\$
Tarjetas de Crédito	\$	\$
Préstamo para el Vehículo	\$	\$
Otro:	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
Total de Deudas	\$	\$

Tipos de Vehículos				
Marca		Modelo		Año
Marca		Modelo		Año
Marca		Modelo		Año

Certificación		
Yo certifico que la información dada arriba es correcta de acuerdo a mi conocimiento. Yo autorizo la divulgación de cualquiera de esta información de mi patrón y o de los que están en posesión de esta información, con el propósito de evaluar la asistencia de los pagos de mis facturas médicas y para la verificación de mis ingresos, gastos y bienes.		
Firma del Paciente / Tutor	Fecha	
Firma del entrevistador	Fecha	

Llene el formulario y devuélvalo junto con las pruebas de sus ingresos a

Anna C. Robinson
 Director of Business Services
 Phone 336-527-7567
 Fax 336-527-7568
 Mobile 336-374-0308
 arobinson@hughchatham.org
 180 Parkwood Drive, Elkin, NC 28621
 www.hughchatham.org

RECORDATORIO: Por favor, llene la solicitud por completo y envíela junto con las pruebas de sus ingresos.

Ejemplos: Talón de cheque, Formulario de W2, Declaración de Impuestos, Verificación de Seguro Social o de Discapacidad, Carta de su Patrón, Asistencia Pública, Ingresos de jubilación, Pensiones Alimenticias, Mantenimiento de los hijos o Asistencia Educativa.