



Solicitud de ayuda financiera

Información del solicitante

Nombre del garante/solicitante _____
Apellido *Nombre* *Inicial del segundo nombre*

Fecha de nacimiento del garante/solicitante _____ GUAR# _____

Cónyuge/cosolicitante _____
Apellido *Nombre* *Inicial del segundo nombre*

Fecha de nacimiento del cónyuge/cosolicitante _____ GUAR# _____

Dirección

_____ *Calle* *Nro. de depto./unidad*

_____ *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Teléfono _____ Correo electrónico _____

SSN/ITIN* del solicitante _____ SSN/ITIN* del cónyuge/cosolicitante _____
** Opcional*

Número de personas que viven en el hogar _____

Nombres y apellidos/edades de las personas que viven en el hogar

Elegibilidad presunta: ¿Recibe ayuda de alguna de las opciones mencionadas a continuación?

(Seleccione todas las opciones que correspondan y **adjunte una copia de la carta recibida de la agencia como prueba de participación.**) Si ninguna de estas opciones corresponde a su situación, proporcione la documentación necesaria en la página siguiente.

- Medicaid/CHIP SNAP Refugio para personas sin hogar Sección 8 de la Ley de Vivienda Otras

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que, según mi entender, mis respuestas son verdaderas y completas. Solicitaré toda ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que, si proporciono información falsa en esta solicitud a sabiendas, no seré elegible para recibir ayuda financiera.

Firma del garante _____ Fecha _____

Firma del cónyuge/pareja _____ Fecha _____

Documentación de la solicitud

Para determinar su elegibilidad, deberá presentar los siguientes documentos junto con su solicitud (solo copias, los originales no serán devueltos).

- Los dos últimos recibos de sueldo con sus ingresos brutos en lo que va del año.
- Las declaraciones de impuestos del año más reciente y del año anterior (dos años).
- Tres meses de estados de cuenta bancarios actuales de todas las cuentas, incluyendo cuentas corrientes y de ahorros (con transacciones).
 - Del solicitante y el cosolicitante
- Carta de beneficios del programa de seguridad de ingreso suplementario y del seguro de discapacidad del seguro social (SSI/SSDI, por sus siglas en inglés, respectivamente) (de corresponder).
- Constancia de pensión alimentaria (de corresponder)
- Es necesario presentar una carta de rechazo de Medicaid para todos los adultos y niños que figuren en la solicitud.
- Carta de beneficios del seguro de accidentes de trabajo y seguro de desempleo (de corresponder)
- Carta que indique cualquier apoyo o explicación adicional de su situación financiera.

Si no puede proporcionar la información solicitada, se le solicitará que presente una carta en la que explique su situación financiera.

La ayuda financiera vence seis meses después de la fecha de aprobación. Se harán ajustes en cuentas activas y cuentas corrientes únicamente.

Información financiera

| | Garante / Solicitante / Frecuencia | Personas en el hogar / Cosolicitante / Frecuencia |
|--|---|---|
| INGRESOS Ingreso bruto / Seguro de desempleo / Seguro de accidentes de trabajo | \$ / Empleador: | \$ / Empleador: |
| Beneficios de SSI/SSDI | \$ | \$ |
| Pensión alimentaria | \$ | \$ |
| Jubilación/Pensión | \$ | \$ |
| Otros ingresos | \$ | \$ |
| Nombre del banco: | Cuenta corriente: \$ Caja de ahorros: \$ | Cuenta corriente: \$ Caja de ahorros: \$ |