



**PARTE A**
**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Si el paciente es menor de 18, el solicitante debe ser un progenitor o tutor.**

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, CP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección anterior si hace menos de 1 año que vive en la dirección actual: \_\_\_\_\_

**Nombre del familiar más cercano que no vive con usted:** Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**PARTE B**
**MIEMBROS DEL HOGAR: Nombre a todos los que viven en la casa, incluido usted**

Relación con usted	Nombre	Fecha nacim.	N° Seguro Social (solo mayores 18)	¿Esta persona recibe:	
				Cupón alim.?	Medicaid? Sí: N° ID
1. <b>USTED</b>				S N	S N
2.				S N	S N
3.				S N	S N
4.				S N	S N
5.				S N	S N
6.				S N	S N
7.				S N	S N
8.				S N	S N

**CALIFICADORES AUTOMÁTICOS \*\*sujetos a verificación.**
**Beneficios del Seguro Social por Discapacidad, de Cupones de Alimentos y de Medicaid.**
**PARTE C**
**¿El solicitante recibe BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD?**

(se aplica **únicamente** al paciente):

Envíe una copia de la carta de beneficios del Seguro Social que establezca que usted tiene derecho a percibir beneficios de discapacidad.

**PARTE D**

Para calificar para recibir asistencia financiera con **BENEFICIOS DE CUPONES O DE MEDICAID.**

La persona con beneficios de cupones de alimentos o de Medicaid debe ser el solicitante o bien figurar en la carta de beneficios donde se establezca que usted tiene derecho a recibirlos. Se podrá exigir constancia.

**Cupones de alimentos:** Envíe una copia de su carta más reciente de verificación de cupones de DHS.

**Medicaid/SoonerCare:** Envíe una copia de su carta más reciente de aprobación de Medicaid/SoonerCare.

**Nota:** Los beneficios de Planificación Familiar, Salud Mental y Abuso de Sustancias no son calificadores.

**Sólo el Título 19, S.L.M.B. y QUA-1 son beneficios que califican**

Si respondió **SÍ** a la **PARTE C** o **D** - **VAYA A LA PARTE E.**

Si respondió **NO** a las **PARTES C** y **D**: **VAYA A LA PÁGINA 3.**
**PARTE E**

Si respondió **SÍ** a la **PARTE C** o **D**.

**FIRME LA RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE EN LA PÁGINA 1 y entregue la documentación requerida.**
**\*\*DETÉNGASE\*\* NO COMPLETE LA PÁGINA 3**

**PARTE F**

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR**

Sin esta información y los documentos, no podremos revisar su solicitud de asistencia financiera.

**EMPLEO**

**Solicitante:**

Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (si es menos de un año): \_\_\_\_\_

Ingresos Brutos Mensuales Estimados: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué periodicidad le pagan?:

Semanal  Cada dos semanas (semana por medio)

Bimensual (dos veces al mes)  Mensual

¿Le pagan mediante cuenta en banco? Depósito Directo

Cheque  Tarjeta de Débito

**Cónyuge:**

Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (si es menos de un año): \_\_\_\_\_

Ingresos Brutos Mensuales Estimados: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué periodicidad le pagan?:

Semanal  Cada dos semanas (semana por medio)

Bimensual (dos veces al mes)  Mensual

¿Le pagan mediante cuenta en banco? Depósito Directo

Cheque  Tarjeta de Débito

Empleado autónomo:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**\*\*DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

**Ingresos del hogar:**

**\*\*Verificación escrita de los ingresos del hogar de los últimos doce meses.**

Debe incluirse a cada miembro de la casa.

**\*\*Salario:** Proporcione la cifra del salario actual de cada miembro del hogar.

**\*\*Cuentas bancarias:**

**Cuenta corriente / Caja de ahorro:** Mande resúmenes de tres meses (90 días) de la cuenta corriente y un resumen actual de la caja de ahorro.

**No tengo cuenta en el banco.**

**\*\*En este caso, mande una copia de la pago de la casa / recibo actual del alquiler y un recibo actual de un servicio.**

**\*\*Declaración del Impuesto Federal sobre la Renta:**

Envíe una copia de la declaración más reciente del Impuesto Federal sobre la Renta de cada asalariado. Envíe todas las páginas de la declaración, incluidos todos los Anexos, los W2 y los 1099.

**No presenté la declaración de impuestos del último año. Firma:** \_\_\_\_\_

Si trabajó una parte del año fiscal anterior y no presentó la declaración, envíe los W2s o los Formularios 1099.

**Estudiantes:**

**\*\*Estudiante de instituto de enseñanza superior / universidad:**

Incluya también la carta de Notificación de Ayuda Financiera (FAN por su sigla en inglés), constancia de Inscrición

**\*\*Estudiante internacional:** Incluya también una copia de su Formulario I-20 entregado a su Universidad / Instituto de Enseñanza Superior

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Gastos mensuales**

**Vivienda:**

Alquiler  Propia

Renta/Pagos:

\$ \_\_\_\_\_

Saldo de la hipoteca:

\$ \_\_\_\_\_

**Servicios públicos:**

Electricidad \$ \_\_\_\_\_

Gas \$ \_\_\_\_\_

Agua \$ \_\_\_\_\_

**Comida \$** \_\_\_\_\_

**Auto:**

Pagos \$ \_\_\_\_\_

Tarjetas de crédito:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patient Label