

1801 Hickman Road Des
Moines, Iowa 50314
Oficina de Asesoramiento Financiero
Fax: 515-282-2270 Teléfono: 515-282-2246



Solicitud de Asistencia Financiera

Los siguientes documentos son requeridos para procesar la solicitud del programa de Atención Comunitaria:

Identificación con fotografía. DEBE SER UNA IDENTIFICACIÓN VÁLIDA DEL ESTADO DE IOWA. Las licencias de conducir e identificaciones del estado de Iowa pueden obtenerse en el Departamento de Transporte de Iowa, 6310 SE Convenience Blvd. (justo a la salida de Corporate Woods Drive), Ankeny, IA 50021. 515-239-1101

Prueba del número de Seguro Social. Esto se demuestra con su tarjeta de Seguro Social. Si no tiene su tarjeta disponible, puede utilizar una declaración de impuestos, formulario W2 u otro documento que compruebe su número.

Comprobante de residencia. Necesitamos prueba de que reside en el condado de Polk. Para ello, requerimos documentación como recibos de alquiler, facturas de servicios públicos, estados de seguros, o correo "oficial" que se le haya enviado a su dirección de residencia en los últimos 30 días. No se acepta un apartado postal, dirección de envío ni correo publicitario dirigido a usted o a "residente actual". No se acepta correo del Broadlawns Medical Center.

Comprobante de ingresos del hogar. Requerimos prueba de TODOS los ingresos recibidos en los últimos 90 días por todos los miembros del hogar. Esto puede incluir, pero no se limita a: talones de pago, carta del empleador, carta de concesión de la Administración del Seguro Social, discapacidad, manutención infantil, cuidado de crianza, herencias y documentación de compensación laboral. Si trabaja por cuenta propia, debe presentar un registro de gastos y la última declaración federal de impuestos. Si está desempleado, una hoja blanca del Desarrollo Laboral.

Comprobante de todas las cuentas. Incluye, pero no se limita a: cuentas corrientes, de ahorro, IRA, 401K, certificados de depósito, acciones, bonos, 403B, fideicomisos, anualidades, IPERS y cualquier otro tipo de cuenta financiera. Se requieren estados de cuenta de los últimos 90 días.

Seguro médico. Tarjeta de Medicare, Medicaid, tarjetas de seguro médico, tarjeta de la Administración de Veteranos, etc., para todos los miembros del hogar.

Otros: Cualquier otra información que el Consejero Financiero le solicite para determinar su elegibilidad.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____ Idioma principal _____
Género M F ¿Ciudadano de EE. UU.? Sí No ¿Veterano de EE. UU.? Sí No ¿Discapacitado? Sí No
Estado civil (seleccione uno) Soltero(a) (nunca casado) Casado(a) Separado(a)
Divorciado(a) Viudo(a) Unión libre

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____ Idioma principal _____
Género M F ¿Ciudadano de EE. UU.? Sí No ¿Veterano de EE. UU.? Sí No ¿Discapacitado? Sí No

RESIDENCIA

Dirección actual de residencia _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección postal (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de teléfono _____ Segundo número de teléfono _____
Correo electrónico _____

HIJOS CUYA RESIDENCIA PRINCIPAL ES SU HOGAR

Nombre y fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	¿Ciudadano de EE. UU.?
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No

TODAS LAS DEMÁS PERSONAS CUYA RESIDENCIA PRINCIPAL ES SU HOGAR

Nombre	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

¿Está empleado? Sí No ****Si está desempleado, se requiere una Hoja Blanca del Departamento de Desarrollo Laboral.**

Nombre del empleador _____ Fecha de inicio _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono del empleador _____

Nombre del empleador del cónyuge _____ Fecha de inicio _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono del empleador _____

Nombre de otro empleador _____ Fecha de inicio _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono del empleador _____

INGRESOS

Por favor, enumere **TODAS** las fuentes de ingresos, tales como: empleo, seguro social, manutención de hijos/pensión alimenticia, pensión / compensación laboral / desempleo, intereses, etc.

****Si trabaja por cuenta propia o tiene ingresos por alquiler, se requiere la última declaración de impuestos y/o un registro contable.**

Nombre del beneficiario	Fuente de ingreso	Monto bruto	Frecuencia de recepción
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RECURSOS

Cuenta corriente	Sí	No	Monto _____
Cuenta de ahorros	Sí	No	Monto _____
IRA	Sí	No	Monto _____
CD's	Sí	No	Monto _____
Fideicomisos	Sí	No	Monto _____
Anualidades	Sí	No	Monto _____
Acciones / Bonos	Sí	No	Monto _____
401K	Sí	No	Monto _____
IPERS	Sí	No	Monto _____
Bienes raíces / Propiedades	Sí	No	Monto _____
Dirección _____			

¿Tiene seguro médico? Sí No

Nombre del seguro _____ Costo mensual _____

¿Solicitó cobertura en el Mercado de Seguros? Sí No

¿Paga o recibe manutención infantil? Sí No

¿Quién paga / recibe? _____ Monto _____

¿Tiene una solicitud actual de discapacidad del Seguro Social? Sí No

¿Hay un abogado que le esté asistiendo con la solicitud de discapacidad? Sí No

¿Hay alguien embarazada en el hogar? Sí No

AUTORIZACIÓN

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré toda asistencia estatal, federal o local a la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura médica. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para comprobar la veracidad de los datos incluidos en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional, seré inelegible para recibir asistencia financiera, cualquier ayuda financiera otorgada podrá ser anulada, y seré responsable del pago total de la factura médica. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar cualquier cambio en los ingresos del hogar o en el estado del seguro médico dentro de un plazo de diez días hábiles.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge del solicitante

Fecha