

## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DE LA CLINICA HAVE A HEART

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del  
paciente \_\_\_\_\_

### Información de contacto del paciente:

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Apt. # Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico  
personal: \_\_\_\_\_

### Información de la familia del paciente:

Estado civil (marque uno):  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Separado

Lugar de empleo del  
cónyuge: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del  
cónyuge: \_\_\_\_\_

Numero de Celular del  
cónyuge: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleo del  
cónyuge: \_\_\_\_\_

Favor de listar el nombre, edad y relación de todas las personas quienes viven en su hogar. Si algún miembro del hogar es mayor de 18 años, señale si la persona es estudiante.

<u>NOMBRE</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

---

**Información de salud del paciente:**

Tiene cobertura de seguro médico al momento de servicio (Por favor marque uno)  Sin seguro  Medicare  Medicaid  Otros:

Has solicitado asistencia médica federal o estatal:  Sí  No

Si solicito, cuando fue esto: \_\_\_\_\_

Si No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

---

**Información de empleo del paciente:**

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del empleo: \_\_\_\_\_

Años en el empleo: \_\_\_\_\_

---

**Información de los ingresos del paciente:**

Por favor liste todos los ingresos (salarios, pensiones de jubilación, ingreso de incapacidad, los ingresos por intereses, prestaciones por desempleo, beneficios de indemnización de trabajo, pagos de AFDC, seguridad social, manutención, etc.) de los últimos 12 meses.

---

---

---

---

---

---

---

**ADJUNTAR COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

- IMPUESTOS FEDERALES DEL AÑO ANTERIOR,
- TALONES DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES,
- ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, Y
- DECLARACIONES W-2 O DESEMPLEO.

Comprendo que, al firmar este formulario, certifico que toda la información listada y proporcionada es verdadera y correcta a mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información debe ser utilizada para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por Have a Heart y permito a Have a Heart compartir la información necesaria para consideración mi solicitud de ayuda financiera. Permito a Have A Heart investigar la información contenida en este documento y obtener informes de crédito. Entiendo que Have a Heart podría negar mi solicitud de ayuda financiera si no cumplo con los requisitos de asistencia financiera o si la información proporcionada por mí es incorrecta, incompleta o fraudulenta.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE "ESTATUS DE NO PRESENTAR IMPUESTOS"

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en imprenta), certifico que no he presentado formas de impuestos federales con el IRS (servicio de rentas internas de Estados Unidos) en los últimos \_\_\_\_\_ años debido a bajos ingresos.

También certifico que no fui declarado el año anterior como dependiente en los impuestos federales de otra persona.

Comprendo que, al firmar este formulario, certifico que toda la información listada es verdadera y correcta a mejor de mi conocimiento. Permito a Have a Heart investigar la información contenida en este documento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, Zip

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Auto declaración de Ingresos**

declaro que he estado trabajando y recibí pago en efectivo por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_  
cada (circulé uno): día, semana, mes, dos semanas

No Tengo talones de cheque u otra documentación para demostrar mis ingresos.

declaro que no tengo empleo y ningún tipo de ingresos.

Certifico que con mi firma todo lo que he expuesto en esta Declaración es verdadera y  
correcta a mejor de mi conocimiento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_

Fecha de  
nacimiento:

\_\_\_\_\_