



Solicitud de Ayuda Económica

Fecha: _____ Número de cuenta: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Núm. tel. en casa: _____ Celular: _____ Núm. del Trabajo: _____

Nombre de la persona responsable: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Empleador: _____ Puesto: _____ Años: _____

Dirección del empleador: _____ Núm. tel.: _____

Núm. de personas que viven el hogar: _____

Su ingreso mensual: \$ _____ Ingreso mensual de su cónyuge: \$ _____

Todo otro ingreso en el hogar: \$ _____ Copias de formularios W-2

Hipoteca / Alquiler: \$ _____ Servicios públicos: \$ _____

Gastos pendientes de pago, incluso cuentas de hospital: \$ _____

Tarjetas de crédito (Mastercard, Visa, American Express, Otras): _____

Certificación del Solicitante:

EL/LA FIRMANTE ABAJO CERTIFICA CON LA PRESENTE, QUE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN ESTA SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA ES VERDADERA Y CORRECTA, YA LO MEJOR DE SU CONOCIMIENTO Y COMPRENSIÓN, Y NO SABE DE CUALQUIER ASUNTOS, INCLUIDOS O EXCLUIDOS, QUE PUDIERAN MATERIALMENTE CAMBIAR LOS RESULTADOS.

Firma Fecha / Hora

Firma de testigo Fecha / Hora

Traducido por: _____ Fecha / Hora