



## Solicitud de ayuda económica

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Propietario  Sí  No

Teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N.º Seg. Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Cónyuge: \_\_\_\_\_ N.º Seg. Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene cobertura médica? Sí  No

Nombre del operador de seguros \_\_\_\_\_ Póliza n.º \_\_\_\_\_

¿Cuenta con un plan de indemnización/AFLAC? Sí  No

¿Tiene una cuenta de ahorros para atención médica (HSA)? Sí  No  (En caso afirmativo, proporcione el resumen de cuenta completo más reciente)

**Cant. integrantes de la familia** \_\_\_\_\_ **Solicitante**  **Cónyuge**  **Otro**

**Mencione cualquier otro alias/seudónimo:** \_\_\_\_\_

**Nombre de hijo(s):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre(s):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre(s):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (solicitante y cónyuge)

- Si no tiene seguro médico, debe presentar un certificado o declaración jurada de que no cumple con los requisitos o una exención de la Obligación del Mercado de Seguros de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- Copia del talón de pago donde figure el salario anual hasta la fecha (últimos 2 en caso de remuneración quincenal, o últimos 3 en caso de remuneración semanal). Si sus ingresos varían, debe proporcionar los talones de pago correspondientes a dos meses completos (por ejemplo, últimos 4 en caso de remuneración quincenal, o últimos 8 en caso de remuneración semanal).
- Copia de comprobante de ingresos (carta de aprobación del seguro social, carta de aprobación de discapacidad, comprobantes de pensiones/anualidades, contratos de alquiler firmados en caso de rentas, carta de desempleo si recibe subsidios por desempleo, etc.).
- Si no se percibieron ingresos: carta que especifique que no se percibieron ingresos y declaración firmada del proveedor de techo y comida.
- Constancia de residencia en Delaware (licencia de conducir de Delaware y factura actual de servicios públicos con nombres y domicilio del solicitante).

1. ¿Tiene inversiones/activos (401K, 403B, IRA, etc.)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione copias completas (todas las páginas) de sus últimas declaraciones de inversiones.

2. ¿Presentó la declaración de impuestos federales del último año? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione una copia de sus declaraciones de impuestos federales. (Todos los formularios más W-2/1099). **Si no ha presentado la declaración del último año explique las razones por las que no lo hizo** \_\_\_\_\_.

3. ¿Presentó su declaración de impuestos estatales del último año? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione una copia de sus declaraciones de impuestos estatales. **Si no ha presentado la declaración del último año explique las razones por las que no lo hizo** \_\_\_\_\_.

4. ¿Tiene cuenta corriente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione una copia de sus últimos extractos bancarios completos (los 2 últimos extractos completos de cada cuenta que tenga). \* Incluya cualquier otro activo, como cuentas Money Market, CD (Certificados de Depósito), pensiones, etc. Enumere y explique todos los depósitos en sus cuentas corrientes a continuación.

5. ¿Tiene cuenta de ahorros? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione una copia de los últimos resúmenes de sus cuentas de ahorros (los 2 últimos resúmenes completos de cada cuenta que tenga). Enumere y explique todos los depósitos en sus cuentas de ahorros a continuación.

FECHA	MONTO	EXPLICACIÓN (procedencia del depósito)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tenga en cuenta que, si alguno de los depósitos anteriores proviene de un tercero, es posible que se requiera una declaración firmada o un comprobante del depósito.

\*\*\*\*\*

Por la presente, manifiesto/manifestamos que la información suministrada es veraz y precisa. Autorizo/autorizamos a Beebe Healthcare a verificar todos los datos proporcionados. Doy/damos fe de que comprendo/comprendemos que esta información está sujeta a revisión por parte de organismos de seguridad federales y/o estatales y otros, según se requiera.

**Los saldos de cuenta se mantendrán en estado de seguimiento a efectos de facturación hasta que se complete la solicitud y se reciba toda la documentación requerida. El proceso de evaluación puede tardar hasta 30 días desde la presentación de la información completa.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge (obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE**

Firma del asesor financiero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Identificación con foto: Licencia de conducir válida \_\_\_\_\_ Identificación estatal \_\_\_\_\_

Comprobante de residencia: Factura de servicio \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Comprobante de ingresos: Talón de pago \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Pensión \_\_\_\_\_ Impuestos \_\_\_\_\_ Rentas \_\_\_\_\_

Carta de ingresos inexistentes \_\_\_\_\_ Impuestos \_\_\_\_\_

Certificado de que no cumple con los requisitos o exención de la Obligación del Mercado de Seguros \_\_\_\_\_

Inversiones \_\_\_\_\_

Extractos de cuentas corrientes \_\_\_\_\_ Extractos de cuentas de ahorros \_\_\_\_\_

(adjuntar documentos requeridos)

Nivel Federal de Pobreza \_\_\_\_\_ %

Notas: \_\_\_\_\_