

**Solicitud para asistencia financiera – PROGRAMA DE ESCALA MÓVIL**

Nombre Oficial: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Física (si es diferente a la del correo): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Enlista estudiantes de tiempo completo que vivan en la casa: \_\_\_\_\_

**“Familia/Hogar” incluye al solicitante, esposa/o y dependientes.**

\*Por favor vea la parte trasera de esta forma para la definición de familia/hogar y los tipos de ingresos que tienen que ser reportados.\*

| Lista de Miembros de Familia y personas que viven en el hogar. Si necesita más espacio, adjunte una hoja. | Fecha de Nacimiento | Relación al Solicitante | Asegurado<br>Sí o No | Tipos de Ingreso<br>Salario, desempleado, pensionado, Seguridad Social, pensión alimenticia, Ingreso de renta, inversión, otro tipo de ingreso que se le apliquen impuestos. | Cantidad por mes antes de impuestos (autónomo net) |
|---|---------------------|-------------------------|----------------------|--|--|
|   |                     | Si mismo                |                      |  |  |
|   |                     |                         |                      |  |  |
|   |                     |                         |                      |  |  |
|   |                     |                         |                      |  |  |
|   |                     |                         |                      |  |  |
|   |                     |                         |                      |  |  |
|   |                     |                         |                      |  | <b>Total Bruto Mensual:</b>                        |

Número de personas que viven en su residencia: \_\_\_\_\_

Empleador del Solicitante: \_\_\_\_\_ Cada cuánto se le paga? \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Empleador de otro miembro de la casa: \_\_\_\_\_ Cada cuánto se le paga? \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Si desempleado, fecha de la última vez que le pagaron: \_\_\_\_\_

Si su ingreso es cero, la DECLARACIÓN DE PRUEBA DE APOYO se necesita ser completada por la persona que le esté manteniendo financieramente.

**Por favor enliste la cantidad mensual que recibe de:**

|                        |                                   |              |                                 |             |
|------------------------|-----------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------|
| SNAP Cantidad \$ _____ | Manutención de los hijos \$ _____ | SSI \$ _____ | Beneficio de Veteranos \$ _____ | Otro: _____ |
|------------------------|-----------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------|

**DECLARACIÓN:** La información proporcionada anteriormente está completa, es precisa, y cierta, al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si doy información falsa, retengo información, o fallo en reportar cambios a mi ingreso, quedo descalificado de este programa y puedo ser procesado por perjurio, hurto, y/o fraude. Yo autorizo compartir toda la información que el Centro de Salud necesite para determinar si yo cualifico para asistencia financiera a través del programa de Escala Móvil

|  |              |
|--|--------------|
| Firma del Solicitante: _____           | Fecha: _____ |
| Firma de Otro adulto y/o Pareja: _____ | Fecha: _____ |

**Regrese al Centro de Salud, si se aplica**

*Para nosotros es necesario hacer preguntas personales para poderle dar un descuento en nuestros servicios. Toda la información es confidencial. Usted tiene que verificar su ingreso cada 12 meses. Cualquier persona que reporte no tener ingresos tiene que verificar la ausencia de ingresos cada 6 meses. Por favor notifique al Centro de Salud de cualquier cambio en su información de contacto e ingreso como se vaya siendo disponible.*

1. **Llena cada espacio y ADJUNTA PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS DE UN MES.**

Ingreso y pruebas requeridas se define como:

\*Salario y propina:

- Si trabajo en total durante el año de impuestos anterior, se prefiere la forma IRS 1040 Income Tax Return del año previo, o
- Los más recientes recibos de pago que demuestren ingresos brutos de un mes, o
- Una carta del empleador declarando la cantidad de su salario bruto actual de un mes.

\*Ingreso del Trabajador Autónomo: Federal Income Tax return (IRS 1040) del año anterior para determinar su ingreso neto.

\*Compensación por ser desempleado: Carta de Determinación (determination letter)

\*Pagos de beneficios de seguridad social, incluyendo discapacidad: Carta de premio enlistando importe bruto mensual o IRS 1099

\*Pensión Alimenticia: Prueba legal o carta oficial de premio

\*Ingreso de jubilación o pensión, incluyendo IRA o retiros 401k: Estados de banco

\*Ingreso de inversión, como dividendos o intereses

\*Ingreso de alquiler

\*Otro tipo de ingreso que se le apliquen impuestos como premios y ganancias de apuestas.

Puede que se calculen los siguientes ingresos para servicios de posibilitar: manutención de los hijos, ingresos ganados por de menores de edad, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios por parte de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), pagos de veteranos con discapacidad, compensación de trabajadores o productos de préstamos (préstamo de estudiante, préstamo de garantía hipotecaria o préstamo del banco).

Si el/la paciente no genera ingresos, la declaración de Prueba de Apoyo tiene que ser firmada por la persona que da el apoyo financiero y entregada junto con la aplicación de asistencia financiera. Pregunte por el formulario si se aplica.

Aplicaciones incompletas y aplicaciones sin documentación de ingresos/apoyo **serán** regresadas y se alentará el proceso drásticamente. **Se le espera que usted pague tarifa completa por los cargos hasta que su aplicación sea completada.**

2. **Hogar se define como:**

Individuos que están casados por la ley y los hijos/hijas de los dependientes. Esto excluye a personas que viven en la misma casa que el/la paciente pero que no dependen económicamente del paciente o no apoyan al paciente económicamente, como compañeros de cuarto u otros no parientes.

3. **Otros adultos en el hogar:** Si usted es una esposa en la casa, comprobación de su ingreso es REQUERIDO. Por favor firme esta aplicación si vive en el hogar y desea ser considerada para el programa Y es un hijo adulto del solicitante. (**Adultos adolescentes dependientes requieren prueba de dependencia IRA 1040**);

**Comentarios:** *Puede usar esta sección para explicar cualquier circunstancia inusual que crea que ayude a su caso.*

RAHC no discrimina con respeto a raza, color, religión, nacionalidad, edad, género, orientación sexual o discapacidad. A nadie se le negará el acceso al servicio a falta de ingresos económicos.

**Para su información**