



## 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.

6. ¿Es usted miembro de Health Share? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione la documentación para compartir para cada factura de atención médica de Beebe

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: \_\_\_\_\_