



Solicitud de asistencia médica

DURACIÓN DE LA SOLICITUD: 1 SEMANA

Solicitante (s) Información: (por favor escriba en letra de imprenta)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Teléfono: _____ Celular: _____ Empleador _____
Dirección de envío: _____

Otros miembros de la familia que ganan ingresos en el hogar:

(Por favor incluya prueba de ingreso para esta persona (s) también)

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Célula: _____ Empleador: _____

Adjunte todos los documentos financieros correspondientes a los ingresos que usted

(Por favor adjunte un talón de cheque para cada trabajo y también la compensación de desempleo)

Si su trabajo es estacional, ¿cuál es su ingreso promedio mensual durante:

Temporada Alta: \$ _____ ¿Cuántos meses / año son temporada alta para usted? _____

Temporada Baja: \$ _____ ¿Cuántos meses / año son temporada baja para usted? _____

Otro apoyo financiero: _____

Usted DEBE incluir los extremidades del efectivo, las primas, la pensión alimenticia, la ayuda de niño, el gobierno asistencia y cualquier otro ingreso / asistencia de cualquier fuente.

Dependientes:

Número de miembros de la familia, incluido usted mismo, que reciben apoyo:

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Relación: _____

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Relación: _____

POR FAVOR FIRME Y FECHA:

"Yo _____ certifico bajo pena de perjurio que la información mencionada es completa y correcta.

Fecha de firma: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Received by: _____ on ____ / ____ / _____