

PROGRAMA DE DESCUENTO EN SALA DE EMERGENCIA

PLAZO DE SOLICITUD: 1 MES

Responda todas las preguntas y adjunte todos los documentos requeridos.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE: *(por favor imprimir)*

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección de envío: _____

Teléfono de casa: _____ Celular o teléfono de trabajo: _____

Ingreso mensual (bruto): \$ _____ Ingreso anual (bruto): \$ _____

Otro apoyo financiero* : _____

**DEBE incluir propinas en efectivo, bonos, pensión alimenticia, pensión alimenticia, asistencia del gobierno, y cualquier otro ingreso / asistencia de cualquier fuente.*

OTROS FAMILIARES CON INGRESOS QUE VIVES CON LOS QUE VIVES:

Nombre: _____ Relación: _____

Ingreso mensual** : \$ _____ Ingreso anual: \$ _____

***También debe proporcionar una copia de la verificación de ingresos para esta(s) persona(s)*

DEPENDIENTES:

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

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ Relación: _____

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ Relación: _____

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ Relación: _____

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ Relación: _____

Nombre: _____ FDN: ____/____/____ Relación: _____

Contacto con la especialista en AR, Ann, si tiene alguna pregunta: 888-862-6085 or 970-369-2390

POR FAVOR FIRME Y FECHA:

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

Firma: _____ Fecha: _____