



For Office Use
Account#
Date Received
Number in HH
Total Income
SF Determination
Financial Info Scanned into Centricity
Staff Initial
DHS Eligibility
<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> Not Eligible
<input type="checkbox"/> Enrollment Counselor Contacted Patient

SOLICITUD ANUAL DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nac. _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Información sobre su Familia

Nombre de su Cónyuge:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:

Información sobre sus Ingresos

- YO NO DESEO REVELAR MIS INGRESOS. ENTIENDO QUE SERÉ RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS Y NO SERE ELEGIBLE PARA UN PLAN DE PAGOS. *Por favor firme al reverso y regrese esta solicitud.*
- PROPORCIONÉ LA INFORMACIÓN DE MIS INGRESOS A CONTINUACIÓN Y PRESENTARÉ PRUEBA DE ESTOS INGRESOS COMO SE HA SEÑALADO. *Mas detalles sobre los documentos que debe someter estan en la página posterior.*

Prueba de Ingresos	Documentos Necesarios	Yo	Cónyuge
Salario	2 talones de cheques de pagos mas recientes o W-2	Empleador: _____ Tarifa por Hora: \$ _____ Horas por Semana: _____ Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Empleador: _____ Tarifa por Hora: \$ _____ Horas por Semana: _____ Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Desempleo	Carta de adjudicación o 2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Compensación del Trabajador	2 talones de cheques de pagos mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Discapacidad	2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Pensión	2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Seguridad Social	Carta de adjudicación o 2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Manutención de los hijos	Carta de adjudicación	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Pensión Alimenticia	Carta de adjudicación	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Beneficios del Veterano	2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Estipendio Educativo	Carta de adjudicación o 2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Ingresos por Alquiler	Declaración de impuestos federales mas reciente	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Trabajador por Cuenta Propia	Declaración de impuestos federales mas reciente	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
Otro		Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$

(reverso)

Información Sobre Manutención de Hijos o Pensión Alimenticia

Usted (o su cónyuge) pagan manutención de hijos o pensión alimenticia? Si No

Si la respuesta es Si, anote el pago que usted hace cada mes: \$ _____

Firme para Mostrar que Aprueba la Información Proporcionada en esta Solicitud

Declaro que mi estado financiero es como se indica arriba. Me doy cuenta que Peoples Community Health Clinic, Inc. esta utilizando dolares de los impuestos federales para ayudarme a recibir atención. Entiendo que cualquier falsificación de información con respecto a mis ingresos es considerada fraude contra el Gobierno de los Estados Unidos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Peoples Community Health Clinic, Inc. sobre cualquier cambio en mi seguro o estado de ingresos de manera oportuna. Peoples Community Health Clinic, Inc. puede divulgar mis registros financieros y cualquier registro relevante para fines de auditoría según sea necesario.

Firma del Paciente/Aplicante

Fecha

Documentos Necesarios para Prueba de Ingresos

A continuación hay mas detalles sobre “Documentos Necesarios” para demostrar sus ingresos. Usted solo tiene que traer los documentos que se enumeran junto a su fuente(s) de ingresos en el cuadro de la pagina en frente.

Por favor incluir COPIAS de esta información cuando devuelva esta solicitud. Originales no se devolverán.

- Talones de Cheques: Dos talones de cheques mas recientes con fecha de los últimos tres meses
- W-2: Debe ser del año mas reciente
- Carta de Adjudicación: Debe indicar el motivo, fecha de inicio y monto del pago
- Estado de Cuenta Bancaria: Dos mas recientes con fecha de los últimos tres meses
- Declaración de Impuestos Federales: Debe ser del año mas reciente

Pacientes sin Seguro

A los pacientes sin seguro se les recomienda proporcionar un aviso de decisión sobre la elegibilidad para el seguro a través del Mercado (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio/Affordable Care Act). Si necesita ayuda para procesar su aplicación a través de Healthcare.gov o del Departamento de Servicios Humanos de Iowa, por favor contacte a nuestro Coordinador de Alcance e Inscripción al (319) 874-3350.

**SI TIENE PREGUNTAS,
POR FAVOR LLAME AL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN AL (319) 874-3000.
PRESIONE 7 PARA FACTURACIÓN, DESPUÉS 1 PARA ASISTENCIA FINANCIERA.**