



**Solicitud para el Programa de Asistencia Comunitaria**

Paciente:			
N.º de cuenta			
<b>Se deben contestar todas las preguntas, ponga N/A si no es aplicable; utilice la segunda hoja de papel para obtener información adicional.</b>			
<b>Paciente</b> (si el paciente es menor de edad, use un padre o tutor financieramente responsable)			
Nombre:		N.º de Seguro Social	
Fecha de nacimiento	N.º de teléfono del hogar	N.º de celular	
Dirección:			
Ciudad:	Estado	Código Postal:	
¿Hace cuánto que reside?		Estado Civil:	
Dirección anterior:			
Ciudad:	Estado	Código Postal:	
Nombre del empleador:			
Ciudad:	Estado	Código Postal:	
Hace cuánto que está empleado:	N.º de teléfono del empleador		
<b>Nombre de los dependientes</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Viviendo en el hogar</b>
Pariente más cercano que no vive con usted			Relación:
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del cónyuge		N.º de Seguro Social	
Fecha de nacimiento	N.º de teléfono del hogar	N.º de celular	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
¿Hace cuánto que reside?			
Dirección anterior:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del empleador:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Hace cuánto que está empleado:	N.º de teléfono del empleador		
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA (incluya los ingresos de <u>TODO</u> el hogar)</b>			
Ingresos brutos del hogar: \$		Ingresos netos del hogar: \$	
Seguro Social \$		Retiro/Pensión \$	
Certificado de depósito \$		Estampillas de comida \$	
Acciones/Bonos/Anualidades		IRA \$	
Asistencia Social \$		Pago mensual \$	
Hogar: Propia ___ Rentada ___ En proceso de compra ___ Otro \$			
Pagado a:			
Valor de la propiedad \$		Saldo restante \$	
<b>Vehículos:</b>	<b>Pago</b>	<b>Saldo</b>	<b>Pago</b>
<b>Vehículos: Año/Marca/Modelo</b>	<b>Mensual</b>	<b>Restante</b>	<b>realizado a:</b>

La información financiera anterior se utilizará para determinar la elegibilidad solamente y no se considerará como posible

fFuente de pago.



**Solicitud para el Programa de Asistencia Comunitaria (continuación)**

<b>Gastos mensuales</b> (incluya el pago <u>solo</u> si su empleador no lo dedujo en su cheque de nómina)					
	Deuda actual	Deuda anterior		Deuda actual	Deuda anterior
Pago de la Renta/Casa	\$	\$	Cuidado de r	\$	\$
Energía	\$	\$	Teléfono	\$	\$
Combustible/Aceite/C	\$	\$	Gasolina	\$	\$
Agua/Alcantarillado/R	\$	\$	Viveres	\$	\$
Manutención de mend	\$	\$	Seguro de sa	\$	\$
Seguro automotor	\$	\$	Seguro de vi	\$	\$
Medicamentos	\$	\$	Misc.	\$	\$
Pagos automotor	\$	\$	Misc.	\$	\$
<b>Facturas médicas, tarjetas de crédito, préstamos y otras deudas</b>					
				Pago actual	Vencido
Nombre				\$	\$
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Nombre				\$	\$
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Nombre				\$	\$
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Nombre				\$	\$
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Nombre				\$	\$
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Nombre				\$	\$
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	

1. Prueba de todos los ingresos brutos (antes de impuestos) de la parte responsable. Incluyendo recibos de sueldo o declaración de ingresos federales del año pasado, manutención de menores, pensión alimenticia o declaración de ingresos de seguridad social; y/o su carta de compensación por desempleo.

2. Constancia de residencia.

*Con mi firma a continuación, certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que todo lo que he declarado o proporcionado en cualquier documento adjunto es verdadero a mi leal saber y entender. Entiendo que es ilegal presentar información falsa a sabiendas para obtener asistencia financiera.*

Firma de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha completada \_\_\_\_\_



**Si reportó ingresos de \$0,00 en la primera página, haga que la persona que le ayuda y/o su familia complete la Declaración de Apoyo a continuación**

**Declaración de Apoyo** (a ser completado por la persona que proporciona apoyo)

He sido identificado por el solicitante como la persona que proporciona apoyo. A continuación hay una lista de todos los servicios que le proporciono al solicitante:

---

---

---

---

Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma no me hace responsable por los cargos médicos del paciente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

#### **Información de seguro del paciente**

¿Tenía seguro de salud al momento de su servicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, adjunte una copia de su tarjeta, frente y reverso y complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Número de teléfono del seguro \_\_\_\_\_

#### **Solo para uso del hospital**

Firma del representante de TVHC \_\_\_\_\_ Fecha en la que se recibió la solicitud: \_\_\_\_\_