



Asunto: Solicitud de Asistencia Comunitaria

Estimado(a):

Gracias por presentar su solicitud de Asistencia Comunitaria. Necesitamos los siguientes documentos para completar el proceso de su solicitud.

- Las declaraciones de impuestos de los últimos 2 años
- Estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses
- Los 2 recibos de nómina más recientes
- Copias de todas las facturas mensuales (sólo las actuales)
- Formularios de a probacion o denegacion de compensacion por desempleo o declaracion escrita de empleadores

También puede incluir otros documentos que sustenten su situación económica. Una vez que recibamos los documentos solicitados, terminaremos de procesar su solicitud en 5 días. Le daremos a conocer nuestra determinación por escrito. Por favor, no dude en contactarnos si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Consedero Financiero de Pacientes  
Teton Valley Health  
(208) 354-6320

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Celular: \_\_\_\_\_ N.º de Telefono en Casa \*\*: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Tempo de Residencia: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Dirección anterior: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Cuánto Tiempo Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

<b>Nombre de los Dependientes</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Que Viven en Casa</b>

Pariente más cercano que no vive con Usted: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Pareja: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ N.º de Celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Residencia: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Dirección anterior: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Cuánto Tiempo empleado: \_\_\_\_\_ N.º teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso bruto del hogar	\$	Cupones de alimentos	\$
Ingreso mensual	\$	Acciones/Bonos/Anualidades	\$
Seguridad Social	\$	IRA	\$
Jubilación/Pensiones	\$	Programa de Bienestar	\$
Certificado de deposito	\$	Mensualidad	\$
Casa: Propia Alquiler Compra		Otro	\$

Pagado a: \_\_\_\_\_ Saldos Vencidos\$ \_\_\_\_\_  
 Valor de la Propiedad \$ \_\_\_\_\_

## Programa de Asistencia Financiera

1. Prueba de todos los ingresos brutos (antes de impuestos) de la parte responsable. Incluyendo talones de cheques de pago o la declaración de impuestos federales del año pasado, manutención de niños, pensión alimenticia o declaración de ingresos del seguro social; y/o su carta de compensación por desempleo.

2. Prueba 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 archivo adjunto es verdadero a mi leal saber y entender. Entiendo que es ilegal enviar información falsa a sabiendas para obtener asistencia financiera.

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si declaró un ingreso de \$0.00 en la primera página, haga que la(s) persona(s) que lo ayudan a usted y/o a su familia completen una Declaración de Apoyo a continuación.**

**Declaración de Apoyo** (Debe ser llenado por la(s) persona(s) que lo ayudan a usted y/o a su familia)

He sido identificado por el solicitante como la persona que brinda apoyo. A continuación se muestra una lista de todos los servicios que brindo 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 de los cargos médicos del paciente.

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado & Código Postal: \_\_\_\_\_

Información del Seguro del Paciente

¿Tenía seguro médico al momento de su servicio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, adjunte una copia de su tarjeta, anverso y reverso, y complete lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_

Uso de Instalación

TVHC Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date Application Received: \_\_\_\_\_

