

# Solicitud de apoyo económico (financiero)

\*Si tiene dudas o necesita ayuda para rellenar esta solicitud, llame a un asesor financiero al (214) 456-8640.\*

Nombre completo del 1er. garante o tutor ↓

¿es el padrastro o la madrastra?  Sí  No

Apellido	Nombre	Inicial seg. nombre	Num. de Seguro Social	
_____	( ) - _____	_____	( ) - _____	/ / _____
Empleador	Tel. del trabajo		Tel. de casa	Fecha de nac.

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Nombre completo del 2do. garante o tutor ↓ ¿es el padrastro o la madrastra?  Sí  No

Apellido	Nombre	Inicial seg. nombre	Num. de Seguro Social	
_____	( ) - _____	_____	( ) - _____	/ / _____
Empleador	Tel. del trabajo		Tel. de casa	Fecha de nac.
Domicilio	Ciudad	Estado	Cód. postal	

Anote el nombre de todos sus hijos (QUE VIVAN EN SU CASA):

Apellido, nombre	Núm. Seg. Social	Fecha de nac.	Seguros médicos y planes de Medicaid	Para el personal (office use)- MR#

Ingresos o sueldo del 1er. garante	\$ _____	Vehículos	Año y Modelo	Valor
Ingresos o sueldo del 2do. garante	\$ _____	Núm. 1	_____	\$ _____
Manutención (child support)	Pagado \$ _____	Núm. 2	_____	\$ _____
Otros	Recibido \$ _____	Pago mensual del hogar/renta	\$ _____	
<b>TOTAL</b>	\$ _____	Cuentas de ahorro	\$ _____	
<b>GRAN TOTAL</b>	\$ _____	Cuentas de cheques	\$ _____	
		Dinero en efectivo	\$ _____	
		Otros (especificar)	\$ _____	
		<b>TOTAL</b>	\$ _____	

(Ejemplos de comprobantes de ingresos: formulario 1040 reciente de declaración de impuestos federal, formulario 1049 del Departamento de Servicios Humanos, 4 comprobantes de sueldo que indiquen los ingresos en lo que va del año, cartas o comprobantes de depósito del Seguro Social, carta o comprobante de pago por desempleo) Para recibir el apoyo que necesita, presente los documentos correspondientes. En ciertas situaciones, si no hay documentos disponibles, el tutor del paciente puede hacer una declaración verbal.

- Tarjeta del Seguro Social del paciente (si hace falta)
- Acta de nacimiento o pasaporte del paciente
- Comprobante de ingresos (ver ejemplos arriba)
- Comprobante de que está viviendo en Estados Unidos (factura reciente luz, agua, teléfono o cable)

Children's Health colabora con UTSW (University of Texas Southwestern Medical Center) para ofrecer apoyo económico a los pacientes que reciben servicios profesionales de UTSW tal como hace por los servicios profesionales que ofrece siguiendo sus propias pautas de apoyo económico.

\_\_\_\_\_  
Firma del garante o del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

FC Signature: \_\_\_\_\_ Solicitud válida hasta: \_\_\_\_\_

\*Al firmar esta solicitud, certifico que la información anterior es veraz y precisa a mi leal saber y entender y que toda la documentación adjunta es precisa y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a Children's para que investigue esta información para la presente evaluación. Si se determina que el solicitante presentó información falsa, la solicitud será automáticamente rechazada.