

Solicitud de Ayuda Financiera

Información del paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del nombre _____
 _____ / _____ / _____
 Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Información del guardián legal principal (1):

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del nombre _____
 _____ (_____) _____ - _____
 Nombre del empleador _____ Número de contacto principal _____

Dirección (# Calle) _____ Ciudad _____ TX _____ Estado _____ Código Postal _____

Información del guardián legal secundario (2):

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del nombre _____
 _____ (_____) _____ - _____
 Nombre del empleador _____ Número de contacto principal _____

Dirección (# Calle) _____ Ciudad _____ TX _____ Estado _____ Código Postal _____

Por favor informe a continuación los niños que actualmente viven en la casa:

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Información de Medicaid /Seguro médico

Ingreso Bruto total mensual o anual del hogar: \$ _____

(Los ejemplos de comprobantes de ingreso del hogar incluyen: *Formulario 1040 devolución de impuestos federal reciente, Formulario 1049 del Departamento de Servicios Humanos, 4 talones de pago con el ingreso a la fecha, cartas del Seguro Social o comprobante de depósito, carta de compensación por desempleo o talones de cheque, carta de apoyo*)

Con el fin de que se le considere para asistencia, por favor proporcione los siguientes documentos. No se procesará esta solicitud hasta que se reciban todos los documentos en los 5 días siguientes a la notificación o antes de la cita que le han programado.

- Tarjeta del Seguro Social del paciente
- Comprobante de ingresos (ver ejemplos arriba mencionados)
- Certificado de nacimiento o pasaporte de U.S. del paciente
- Comprobante de residencia en Texas (recibo de luz, teléfono o cable)

Firma del Guardián*

Fecha

**Autorizo a Children's a verificar esta información para la evaluación. Al firmar esta solicitud certifico que la información anterior es verdadera y precisa según entiendo y cualquier documento que adjunto es preciso. Autorizo a Children's a verificar esta información para la evaluación. Si determinamos que la información remitida es falsa, automáticamente negaremos la solicitud.*