

Si necesita ayuda llenando esta solicitud de asistencia financiera, por favor llama a los Consejeros Financieros a (214) 456-8640.

Nombre completo del 1er. garante o tutor ↓

?es el padrastro o la madrastra? Sí No

Apellido Primer Nombre Inicial () - () - / /

Nombre del empleador N° de teléfono de su empleador N° de teléfono de su hogar Fecha de nacimiento

Dirección del hogar Ciudad Estado Código Postal
Nombre completa de Padre/Garante ↓ Padrastra/Madrastra? Sí No

Apellido Primer Nombre Inicial () - () - / /

Nombre del empleador N° de teléfono de su empleador N° de teléfono de su hogar Fecha de nacimiento

Dirección del hogar Ciudad Estado Código Postal

Por favor apunte los nombres de todos los niños menores de edad en su hogar abajo:

Nombre Apellido, Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Anote todos los seguros médicos, Medicaid o otras coberturas	Para Uso Oficial Únicamente - MR#

Ingresos de trabajo de Padre/Garante #1 \$	Auto (s)	Año y Modelo	Valor
Ingresos de trabajo de Padre/Garante #2 \$	#1		\$
Manutención mensual del niño(s) Pagado	#2		\$
Otros (Especificar) Recibido	Pago mensual del hogar/Renta \$		
TOTAL \$	Cuenta de Ahorros \$		
GRAN TOTAL \$	Cuenta de corriente de cheques \$		
	Dinero en efectivo \$		
Otros (Especificar)	\$		
	TOTAL \$		

(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) Para ser considerado para recibir asistencia, proporcione los documentos correspondientes. En ciertas situaciones, cuando los documentos no están disponibles, se puede obtener un certificado verbal del tutor legal en lugar de los documentos.

Comprobante de ingresos (ver ejemplos arriba mencionados)

Children's Health trabaja con University of Texas Southwestern Medical Center ("UTSW") para brindar asistencia financiera a nuestros pacientes que reciben servicios profesionales de UTSW en la misma medida en que dicha asistencia estaría disponible según la política de asistencia financiera de Children's Health.

Firma del Padre/Garante
PAR/SPAR Signature:

Fecha
Application Valid Thru:

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