

Solicitud del programa de ayuda económica

Si no tiene un seguro y cumple con criterios de elegibilidad específicos, no está obligado a completar esta solicitud.

- ☐ Sin hogar
- ☐ Fallecido sin patrimonio
- ☐ Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- ☐ Elegible para Medicaid, pero no en esta fecha de servicio

Inscripción en programas de asistencia para personas con bajos ingresos:

- ☐ Inscripción en el Programa de nutrición para mujeres, infantes y niños (WIC)
- ☐ Inscripción en el Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- ☐ Programa de almuerzo y desayuno gratis de Iowa

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre del solicitante: (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono principal:		N.º de teléfono adicional:		
Situación laboral:				
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado, última fecha de trabajo: _____				
Nombre del empleador: (si corresponde)				
Dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del plan de seguro médico que ofrece el empleador (incluido COBRA):				
<input type="checkbox"/> No ofrece seguro médico				

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

Empezando por usted, haga una lista de todas las personas que viven en su hogar.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación:

INFORMACIÓN INMOBILIARIA:

¿Cuál es el estado de su residencia principal?

- ☐ Alquila una casa
 ☐ Compró una casa
 ☐ Casa propia
 ☐ Sin hogar
 ☐ Otro: _____

¿Es dueño de otros bienes inmuebles?

- ☐ Sí
 ☐ No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____ Valor: _____

RECURSOS ECONÓMICOS/INGRESOS

Nombre del banco: _____ Saldo de la cuenta corriente: _____ Saldo de la cuenta de ahorro: _____

Acciones/Bonos/Certificados de depósito: _____ Valor en efectivo del seguro de vida: _____

Ingresos: haga una lista de todos los ingresos que reciben las personas que viven en su hogar, incluidos ingresos del trabajo, trabajo autónomo, seguro social, beneficios para veteranos, desempleo, manutención de los hijos, pensión alimenticia, indemnización laboral, jubilación, IPERS, pensiones, servicio civil, etc.

Fuente:	Importe recibido:	Con qué frecuencia se recibe:	Persona que recibe:
Ingresos del trabajo			
Ingresos del trabajo			
Seguro social			
Manutención de los hijos/pensión alimenticia			
Pensiones/desempleo			
Otro			
Otro			

Si su solicitud de asistencia financiera no muestra ningún ingreso, describa de qué forma cubre sus gastos diarios, como vivienda, comida, ropa, etc.

RECURSOS MÉDICOS

¿Tiene seguro médico?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿obtiene el seguro a través de su empleador?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es negativa, ¿su empleador ofrece seguro médico?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ N.º de póliza: _____

Si no tiene seguro, ¿ha solicitado Medicaid? (Es posible que le pidamos que lo haga).

☐ Sí, estoy esperando la aprobación ☐ Sí, no soy elegible ☐ No

Si no lo ha solicitado, marque los siguientes elementos que correspondan.

☐ Menor de 19 años

☐ Toma medicamentos para controlar la diabetes, la presión arterial alta o las convulsiones

☐ Mayor de 65 años

☐ Está discapacitado como determina la Administración del Seguro Social

☐ Es ciego

☐ Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted

☐ Está embarazada

Envíe sus declaraciones de impuestos presentadas más recientemente y la documentación de los ingresos recibidos durante los últimos tres meses. No envíe documentos originales, ya que los artículos enviados con su solicitud no le serán devueltos.

FIRMA

Lea y firme a continuación

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud y el documento justificativo adjunto son precisos y completos a mi leal saber y entender. Autorizo a Lucas County Health Center a verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____