

**PHELPS MEMORIAL HEALTH CENTER**  
**Aplicación de Asistencia Financiera**  
*(Financial Assistance Application)*



INFORMACIÓN DEL HOGAR			
Fecha de Aplicación:			
Nombre de la Parte Responsable:		Fecha de Nacimiento:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	# de Seguro Social (Opcional):	
Dirección:			
Nombre del Empleador:		Dirección del Empleador:	
Posición/Título:		Duración del Empleo (Años/Meses):	
Nombre de Cónyuge/Pareja:		Fecha de Nacimiento:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	# de Seguro Social (Opcional):	
Nombre del Empleador:		Dirección del Empleador:	
Posición/Título:		Duración del Empleo (Años/Meses):	
Nombres del Dependiente		Edad	Relación a la Parte Responsable
Empleador (si lo hay)			
Compañía de Seguro Médico:		¿Ha aplicado para Medicaid? (Sí/No):	
¿Tiene seguro suplementario (como AFLAC, etc.)? (Sí/No):		En caso afirmativo, nombre de la cobertura:	

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR			
	Parte Responsable	Cónyuge/Otros Miembros del Hogar	Total
Salario/Sueldo Bruto	\$	\$	\$
Agricultor/Autoempleo			
Pensiones			
Intereses/Dividendos de Inversiones			
Ingresos de Alquiler			
Compensación de Trabajadores			
Seguro Social/Discapacidad			
Ejército			
Pensión Conyugal/Manutención de Menores			
Beneficios de Desempleo			
Otro:			
<b>INGRESO MENSUAL BRUTO TOTAL</b>			<b>\$</b>

**PHELPS MEMORIAL HEALTH CENTER**  
**APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA (pagina 2)**



Por favor incluya la siguiente información adicional requerida que se detalla a continuación con su solicitud completa:

- Declaraciones de impuestos federales y estatales para el año fiscal completado más recientemente
- Comprobante de ingresos del año actual de los 3 meses más recientes de TODAS las fuentes de ingresos para cada persona en el hogar (talones de pago, declaraciones de SSI/Seguro Social/Discapacidad, estados de cuenta bancarias, etc.)

Phelps Memorial Health Center se reserva el derecho de solicitar o acceder a información adicional según sea necesario para validar la información que aparece en esta solicitud.

Por la presente certifico que toda la información aquí contenida es precisa y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Si alguna de la información se considera incierta o falsa, la solicitud será denegada y yo seré responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cónyuge/Pareja

\_\_\_\_\_  
Fecha