

Solicitud de ayuda económica (financiera)

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

Nombre completo del 1er. garante o tutor

¿es padrastro o madrastra? Sí No

1er. apellido	2do. apellido	Nombres	Núm. Seguro Social
Nombre del empleador		Teléfono del trabajo	Teléfono de casa
Domicilio		Ciudad	Estado
			Cod. postal

Nombre completo del otro garante o tutor

¿es padrastro o madrastra? Sí No

1er. apellido	2do. apellido	Nombres	Núm. Seguro Social
Nombre del empleador		Teléfono del trabajo	Teléfono de casa
Domicilio		Ciudad	Estado
			Cod. Postal

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

Nombres, 1er. apellido, 2do. apellido	Núm. Seg. Social	Fecha de nac.	Inf. de seguro médico o Medicaid	OFFICE USE MR#

Sueldo o ingresos del 1er. garante \$ _____	Vehículos	Año y modelo	Valor
Sueldo o ingresos del 2do. garante \$ _____	1ro.	_____	\$ _____
Pagado			
Pensión alimenticia Recibido \$ _____	2do.	_____	\$ _____
Otros (explique) \$ _____			
TOTAL \$			
GRAN TOTAL \$			
	Pago mensual de casa \$ _____		
	Cuentas de ahorro \$ _____		
	Cuentas de cheques \$ _____		
	Acciones y bonos \$ _____		
Otros (explique) _____	\$ _____		
	GRAN TOTAL \$		

(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 se requiere)
- Acta de nacimiento o pasaporte del paciente
- Comprobante de ingresos del hogar (ver ejemplos arriba)
- Comprobante de que está viviendo en Estados Unidos (factura reciente de 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

Firma del asesor:

Solicitud válida hasta:

*Con mi firma certifico que la información de arriba 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 confirme dicha información para efectos de la presente evaluación. Si se determina que el solicitante presentó información falsa, la solicitud será automáticamente rechazada.