

Envíe la solicitud a la dirección que figura a la derecha o entréguela en la recepción de Windom Area Health.

Nombre citdel Fiador:	Nombre del cónyuge:
Dirección:	Ocupación del cónyuge:
Ciudad, estado, código postal:	Enumere los dependientes que viven en el hogar y la edad:
Teléfono:	
Ocupación de fiador:	

Ingresos y activos	Ingreso bruto mensual		Ser	Cónyuge
	Ingreso bruto/Desempleo /Compensación laboral		\$	\$
	Seguridad social/SSI/SSDI		\$	\$
	Trabajo por cuenta propia/Ingresos por alquiler/ Regalías/Patrimonios /Fideicomisos		\$	\$
	Jubilación/Pensión/A anualidades/Beneficios para veteranos		\$	\$
	Manutención de los hijos/Manutención conyugal/Asistencia pública		\$	\$
	Ingresos varios/otros (Enumere la naturaleza de otros ingresos):		\$	\$
	<b>Ingreso total mensual</b>		<b>\$</b>	<b>\$</b>

¿Es usted propietario o alquila su vivienda?	PROPIO	ALQUILAR	Valor neto de la empresa de propiedad
Pago mensual \$	Valor de mercado \$		\$

Vehículo(s) de propiedad (marca y año):	Otros activos:

	Cuenta con:	Saldo:
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
Inversiones		

Cualquier otra información que quiera que consideremos:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Enumere los bancos, las tarjetas de crédito y las tarjetas de cargo de las tiendas donde tiene cuentas.				
Pasivos		<u>Cuenta con:</u>	<u>Saldo adeudado:</u>	<u>Pago mensual:</u>
	Préstamo de automóvil	_____	_____	_____
	Préstamo de automóvil	_____	_____	_____
	Otros préstamos	_____	_____	_____
	Otros préstamos	_____	_____	_____
	Tarjetas de crédito	_____	_____	_____
	Tarjetas de crédito	_____	_____	_____
	Tarjetas de crédito	_____	_____	_____
	Tarjetas de crédito	_____	_____	_____
	Otras obligaciones (incluyen pensión alimenticia, pagos de manutención de los hijos, etc.)	_____	_____	_____
<b>Pagos totales \$</b>		\$ _____	\$ _____	
	<u>Cuenta con:</u>	<u>Saldo adeudado:</u>	<u>Pago mensual:</u>	
Gastos médicos	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
¿Es usted miembro de una organización de costos compartidos de salud (como Christianhealthcare, Medi-Share, Liberty)? <b>SÍ</b> <b>NO</b>				
¿Alguna vez se ha declarado en quiebra? <b>SÍ</b> <b>NO</b> Si es así, ¿cuándo?				
¿Alguna vez ha recibido beneficios de asistencia social de alguna fuente gubernamental o de terceros (pagos de asistencia social del condado, cupones de alimentos, Medicaid, Asistencia Energética de Emergencia, etc.)? <b>SÍ</b> <b>NO</b>				

Doy fe de que he adjuntado a mi solicitud completada los siguientes documentos requeridos:

- Declaración de impuestos (Federal 1040)                       2 recibos de sueldo por cada asalariado
- Carta "Social Security Award" (si procede)                       2 meses de extractos bancarios
- Si no tiene seguro, proporcione una copia de su carta de denegación de Medicaid

**Asignación de derechos (Leer atentamente)**

Firmando abajo, certifico que la información de esta solicitud y de la documentación adicional es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que se mantendrá la confidencialidad de la información y que es posible que se me pida información adicional. Entiendo que no se puede revisar mi solicitud de asistencia financiera si no proporciono toda la información solicitada. Windom Area Health no ha declarado en ningún momento que la asistencia financiera esté garantizada.

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge  
(en letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_