



**Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera**

**Northern Tier Center for Health**  
44 Main Street, Suite 200  
Richford, VT 05476

**Departamento de Inscripción y Alcance Comunitario**  
Teléfono: (802) 255-5541  
Fax: (802) 255-5589

Solicitante	Cosolicitante
Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____  Fecha de nacimiento _____ N.º del Seguro Social (si tiene) _____  Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo ___  Dirección postal _____  Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____	Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____  Fecha de nacimiento _____ N.º del Seguro Social (si tiene) _____  <b><u>Hijos/dependientes</u></b> Nombre Parentesco Fecha de nac. N.º del Seguro Social (si tiene) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
<b><u>Dirección física registrada en el 911</u></b> (no puede ser un apartado postal)  Dirección _____  Ciudad _____ Código postal _____	

**Presente una copia completa de su última declaración de impuestos a la renta.** Si no presenta una declaración de impuestos a la renta, aceptaremos uno de los siguientes documentos:  
**Declaración de beneficios del Seguro Social, 3 recibos de sueldos actuales o confirmación de ingresos por parte del empleador** (horas trabajadas y salario por hora) **en papel con membrete de la compañía**, o bien una **declaración personal de ingresos**.

Al firmar abajo, autorizo a NOTCH a revelar la información financiera que entregué con esta solicitud a Northwestern Medical Center, Inc. (NMC) a los efectos de presentar la solicitud de ayuda financiera adicional que esta institución ofrece para los servicios que presta. La aprobación o denegación del Programa de Ayuda Financiera de NMC no está supeditada a la aprobación de la ayuda financiera de NOTCH.

A mi leal saber y entender, la información presentada con esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto informar a NOTCH sobre cualquier cambio en mi situación laboral o financiera. Si se comprueba que la información es incorrecta, comprendo que se suspenderá el descuento que reciba. Además, doy permiso para que NOTCH se comunique con mi empleador o con cualquier otra fuente de ingresos para verificarlos cuando sea necesario.

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar tiene seguro médico? Sí o NO

**Si es una mujer de entre 21 y 64 años, puede ser elegible para participar en el programa You First, un beneficio gratuito de atención médica que cubre pruebas de detección de enfermedades cardíacas, de las mamas y del cuello uterino.**

**Estoy interesada en el programa You First para mí o una familiar. Sí o NO**

**SOLO PARA USO DEL CENTRO:** Ingresos mensuales brutos \_\_\_\_\_ Ingresos anuales brutos \_\_\_\_\_

Iniciales de la persona autorizada \_\_\_\_\_ Escala móvil de descuento en las tarifas de servicios médicos/odontológicos \_\_\_\_\_  
 Fecha de aprobación/denegación \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_

**PATRIMONIO NETO**

<b>Activos</b>	
Saldo en cuentas corrientes	_____
Saldo en cuentas de ahorro	_____
Certificados de depósito (CD)	_____
Acciones	_____
Cuentas de jubilación individual, planes 401 (k) y otros fondos de jubilación	_____
Valor de mercado de bienes inmuebles (excluida la vivienda principal)	_____
Valor de mercado de automóviles	_____
Otros activos (especifique):	_____
	_____
<b>Total de activos</b>	<b>\$ _____</b>
<b>Pasivos</b>	
Saldo pendiente en tarjetas de crédito	_____
Saldo pendiente en crédito automotor	_____
Saldo pendiente en préstamos inmobiliarios (que no correspondan a la vivienda principal)	_____
Otras deudas (especifique):	_____
	_____
<b>Total de pasivos</b>	<b>\$ _____</b>
<b>PATRIMONIO NETO (total de activos menos total de pasivos)</b>	<b>\$ _____</b>

**INGRESOS Y GASTOS MENSUALES**

<b>Ingresos (<i>DEBE presentar documentación complementaria de TODOS los ingresos</i>)</b>	
Sueldos/salarios brutos (antes de impuestos y deducciones)	_____
Pagos del Seguro Social recibidos	_____
Pagos de pensión o jubilación recibidos	_____
Ingresos por intereses	_____
Ingresos por dividendos	_____
Pagos recibidos por indemnización laboral/por desempleo	_____
Ingresos por alquileres	_____
Pagos recibidos por manutención infantil/pensión alimenticia	_____
Otros (especifique):	_____
	_____
<b>Total de ingresos mensuales</b>	<b>\$ _____</b>
<b>Gastos</b>	
Hipoteca/alquiler	_____
Impuestos a la propiedad	_____
Crédito automotor	_____
Pagos de tarjetas de crédito	_____
Servicios públicos	_____
Pagos por manutención infantil/pensión alimenticia	_____
Seguros (automotor, médico o de vivienda)	_____
Gastos médicos	_____
Otros gastos cotidianos (teléfono, calefacción, comida, gas, agua, recolección de residuos, alcantarillado)	_____
Otros (especifique):	_____
	_____
<b>Total de gastos mensuales</b>	<b>\$ _____</b>
<b>TOTAL DE INGRESOS NETOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR (ingresos menos gastos)</b>	<b>\$ _____</b>



**NOTCH**

Northern Tier Center for Health  
Federally Qualified Health Center

## Declaración personal de ingresos

### **Elija una de estas opciones:**

#### **OPCIÓN A:**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que trabajo y recibo el pago en efectivo de \$ \_\_\_\_\_ por (**encierre una opción en un círculo**) día, semana, quincena o mes. No tengo comprobantes de pago ni otra documentación para demostrar mis ingresos.

#### **OPCIÓN B:**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que no tengo empleo ni ingresos de ningún tipo.

1. ¿Cómo paga la comida? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo paga la calefacción y el alquiler? \_\_\_\_\_
3. ¿Recibe cupones de alimentos? \_\_\_\_\_
4. ¿Recibe manutención infantil o pensión alimenticia? \_\_\_\_\_
5. ¿Recibe beneficios del Seguro Social? \_\_\_\_\_
6. ¿Presentó una declaración de impuestos sobre la renta el año pasado? (SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PRESENTE UNA COPIA; SI, ACTUALMENTE, ESTÁ DESEMPLEADO, EXPLIQUE EL MOTIVO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

.....