



Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera

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

Departamento de facturación
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) _____
<p><u>Dirección física registrada en el 911</u> (no puede ser un apartado postal)</p> Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____	<p><u>Hijos/dependientes</u></p> Nombre Parentesco Fecha de nac. N.º del Seguro Social (si tiene)

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

Activos	
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):	_____

Total de activos	\$ _____
Pasivos	
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):	_____

Total de pasivos	\$ _____
PATRIMONIO NETO (total de activos menos total de pasivos)	\$ _____

INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

Ingresos (<i>DEBE presentar documentación complementaria de TODOS los ingresos</i>)	
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):	_____

Total de ingresos mensuales	\$ _____
Gastos	
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):	_____

Total de gastos mensuales	\$ _____
TOTAL DE INGRESOS NETOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR (ingresos menos gastos)	\$ _____



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: _____

