NORTHERN TIER CENTER FOR HEALTH
FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTER

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) 255-5580
Fax: (802) 255-5589

Solicitante

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_____

Dirección física registrada en el 911 (no puede ser un apartado postal)

Dirección_____

Ciudad_____ Código postal_____

Cosolicitante

Nombre: Apellido _____Nombre _____
Inicial del segundo nombre ____

Fecha de nacimiento _____ N.º del Seguro Social (si tiene) ____

Hijos/dependientes

Nombre Parentesco Fecha de nac. N.º del Seguro Social (si tiene)

1._____
2._____
3._____
4._____
5._____

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* _____

Programa de Escala Móvil de Descuento de NMC Nombre del solicitante: _____

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 ***(DEBE presentar documentación complementaria de TODOS los ingresos)***	
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)	
	$

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: _____