



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Complete la información a continuación:

Nombre de la parte responsable:	Número de Seguro Social:
Dirección postal:	Fecha de Nacimiento:
Ciudad, Estado, Zip:	Número de cuenta:
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo	

(Todas las preguntas deben ser respondidas. Las preguntas sin respuesta serán devueltas.)

Complete toda la información de ingresos para cada persona que vive en su hogar:

Nota: Los ingresos de los niños deben incluir la manutención de los hijos.

Nombre	Edad	Renta	Nombre de la fuente de ingresos:

Otras personas que viven en mi hogar se enumeran en la parte posterior de este formulario.

Si está desempleado, proporcione la fecha en que terminó el empleo: ___/___/___ Si no está recibiendo ingresos por desempleo / Asistencia Estatal / Discapacidad, explique por qué y adjunte su carta de rechazo:

Comprobación de Acct No:	Nombre del banco / Número de teléfono:	Equilibrar:
Ahorro Acct No:	Nombre del banco / Número de teléfono:	Equilibrar:
Acciones, Bonos, IRA's, 401K, CD's: Sí/ No	Nombre del banco / Número de teléfono:	Equilibrar:

Declaración de necesidad (Díganos por qué está solicitando ayuda financiera):

DECLARACIÓN: La información proporcionada anteriormente es, a mi leal saber y entender, completa, precisa y verdadera. Autorizo la divulgación de toda la información que el Distrito de Atención Médica Rural del Condado de Sublette pueda necesitar para determinar si califico para recibir ayuda financiera a través del programa de atención de caridad del Distrito, incluida la verificación de mi salario o salarios, el saldo de cualquier cuenta bancaria que mantenga, el valor en efectivo de cualquier póliza de seguro de vida, acciones o bonos que posea, así como el valor de cualquier bien inmueble o personal que posea o esté comprando.

Si corresponde, **se requieren ambas firmas:**

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
FIRMA DEL CÓNYUGE:	FECHA:



Instrucciones de solicitud de ayuda financiera:

Paso 1: Complete la información de la parte responsable.

Paso 2: Complete la información de ingresos y activos. (Esto debe incluir a todas las personas que viven en su casa. Las pautas federales le permiten asumir la responsabilidad de cada persona que vive en su casa. Sin embargo, los ingresos de cada persona deben contabilizarse para calificar. Todos los ingresos enumerados deben incluir los ingresos de un empleador, la ayuda al servicio social, la ayuda gubernamental, los ingresos por alquiler, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos y todas las demás formas de ingresos.

Adjunte copias de toda la siguiente información (Toda la información es retenida por SCRHCD de forma confidencial y no será devuelta):

- Declaración(es) de impuestos sobre la renta
 - Para cada persona aplicable que figure en esta solicitud
 - Debe proporcionar la declaración de cada año que le gustaría que consideráramos para la ayuda. (Por ejemplo: si se adjuntan las declaraciones de 2020, consideraremos la ayuda solo para las fechas de servicio de 2020).
 - Si está solicitando la deuda contraída de ESTE AÑO, incluya la declaración de impuestos del año pasado.
 - **NOTA:** Un ingreso extendido de \$0.00 requiere una carta de explicación de quien sea que viva que lo ayude a usted y a su familia.
- Estados de cuenta bancarios actuales
 - Comprobación
 - Ahorros
- Talones de cheques de pago actuales – últimos 2
 - Cheques de pago de empleo
 - Formulario de desempleo que muestra las prestaciones semanales que se han concedido. No se aceptarán talones de desempleo.
 - Formulario de Compensación de Trabajadores que muestra los beneficios semanales
 - Formulario de Beneficios Anuales del Seguro Social
 - Otros recursos según lo considere aceptable el Distrito de Atención Médica Rural del Condado de Sublette

Paso 3: Devuelva toda la información completada y requerida a SCHD, Atención: Kelli Lovell, PO Box 627, Pinedale, WY 82941. Si falta la información requerida, su solicitud será denegada. Por favor, espere de 4 a 6 semanas para el procesamiento.