

Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha: _____ Si el cliente es menor de edad, Nombre (Primer, Apellido): _____

INFORMACION DEL CLIENTE/RESPONSABLE DE LA PARTE:

Nombre: _____ Nombre medio o inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

¿Empleado? Sí No

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____ Ext: _____

Si está desempleado, incluya el nombre y el número de teléfono del empleador anterior.

ESTADO DE RELACIONES:

Soltero Casado Separados Divorciado Viuda/Viuda

Nombre del cónyuge (si corresponde): _____

¿Esposo empleado? Sí No

Empleador del cónyuge: _____ Teléfono de trabajo: _____ Ext: _____

Si está desempleado, incluya el nombre y el número de teléfono del empleador anterior.

INGRESOS:

Proporcione los ingresos para cada una de las siguientes personas en su hogar. Si el cliente es menor de edad, complete esta información para ambos padres.

Cliente/Padre 1: Tiempo completo Tiempo parcial - Horas/Semana = _____
\$ _____ Hora Semana Bi-Semanal Mensual Anual

\$ _____ Ingresos adicionales

Cliente/Padre 2: Tiempo completo Tiempo parcial - Horas/Semana = _____
\$ _____ Hora Semana Bi-Semanal Mensual Anual

\$ _____ Ingresos adicionales

Ingresos Totales del Hogar: \$ _____

VERIFICACION DE INGRESOS:

Proporcione verificación (sólo copias, sin documentación original) para todas las fuentes de ingresos del hogar (documentación aceptable que se indica a continuación). Compruebe los documentos adjuntos.

- Formulario W-2 del IRS Remesa de cheques de pago Declaración de impuestos Estados de cuenta
- Verificación del empleador Asistencia Gubernamental (sellos de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)
- Social Security, Workers Compensation or Unemployment Compensation Determination Letters
- Otro (describa) _____

Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos descritas anteriormente, explique por qué esta información no está disponible: _____

FAMILIARES:

Proporcione el número total de personas en el hogar.

(Este número solo debe incluir al cliente (o padre), al cónyuge del cliente/padre y a los dependientes del cliente/padre.)

ACTIVOS Y OTROS RECURSOS:

¿Tiene algún activo u otro recurso disponible para usted?

(Algunos ejemplos son cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.)

- Sí No En caso afirmativo, el importe actual disponible: \$ _____

¿Tiene seguro médico?

- Sí No En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor: _____

¿Tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud o Gastos Flexibles?

- Sí No En caso afirmativo, el importe actual disponible: \$ _____

Entiendo que The Center for Integrative Counseling and Psychology (The Center) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera (Aplicación) en relación con la evaluación The Center de esta Solicitud, y por mi firma por la presente autoriza a mi empleador o cualquier individuo que aparece en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Aplicación. También autorizo a The Center a solicitar informes de las agencias de informes de crédito y de la Administración del Seguro Social. Certifico que las declaraciones hechas en esta Aplicación son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y se hacen de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede resultar en la denegación de asistencia financiera.

Firma del Cliente o De la Parte Responsable

Nombre Impreso

Fecha