



Por Favor Cheque (✓ ) una

Nombre del Fiador: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOS: \_\_\_\_\_

Estimado Paciente:

Su(s) aplicación(es) no pude(n) ser procesada(s) hasta que recibamos todos los documentos que son requeridos a fin de poder determinar si s elegible para asistencia. Por favor envíe o traiga los documentos enumerados a la oficina de las consejeras financieras. Nostoros le asistiremos copiando su información si es necesario.

**Necesitamos recibir estos documentos dentro de 10 días avilés.**

- La planilla de impuestos mas reciente con documentos de apoyo y W-2. Deben estar firmados.
- Talones de cheques por los últimos 30 días.
- Si trabaja por su cuenta, declaración de la ganancia/pérdida comercial trimestral.
- Prueba de ingresos no salariales (por ejemplo: desempleo, manutención de los hijos, pensión matrimonial, pensión, interés, seguro social)
- Si no está empleado, un carta mostrando medios de apoyo firmada por la persona manteniéndolo.
- El estado de cuenta de banco más reciente de todas las cuentas bancarias, incluya todas las páginas.
- Carta de adjudicación de cupones para alimentos.
- Si usted aplico por aistencia del gobierno o del estado, provea prueba de aceptación o negación.
- Prueba de separación.
- Prueba de identidad (licencia de conducir, o identifacación de estudiante)
- Estatus migratorio (matricula, tarjeta de registro extranjero, tarjeta de residente permanente)
- Otro \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta por favor llámeme.

Gracias

219 Health Network

219-392-7016