



For Office Use	
Account#	
Date Received	
Number in HH	
Total Income	
SF Determination	
Financial Info Scanned into Centricity	
Staff Initial	
DHS Eligibility	
<input type="checkbox"/> Eligible	
<input type="checkbox"/> Not Eligible	
<input type="checkbox"/> Enrollment Counselor Contacted Patient	

## SOLICITUD ANUAL DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### Información sobre su Familia

Nombre de su Cónyuge:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:
Nombre de Dependiente:	Fecha de Nac:

### Información sobre sus Ingresos

- YO NO DESEO REVELAR MIS INGRESOS. ENTIENDO QUE SERÉ RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS Y NO SERE ELEGIBLE PARA UN PLAN DE PAGOS. *Por favor firme al reverso y regrese esta solicitud.*
- PROPORCIONÉ LA INFORMACIÓN DE MIS INGRESOS A CONTINUACIÓN Y PRESENTARÉ PRUEBA DE ESTOS INGRESOS COMO SE HA SEÑALADO. *Mas detalles sobre los documentos que debe someter estan en la página posterior.*

Prueba de Ingresos	Documentos Necesarios	Yo	Cónyuge
<b>Salario</b>	2 talones de cheques de pagos mas recientes o W-2	Empleador: _____ Tarifa por Hora: \$ _____ Horas por Semana: _____ Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Empleador: _____ Tarifa por Hora: \$ _____ Horas por Semana: _____ Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
<b>Desempleo</b>	Carta de adjudicación o 2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Compensación del Trabajador</b>	2 talones de cheques de pagos mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Discapacidad</b>	2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Pensión</b>	2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Seguridad Social</b>	Carta de adjudicación o 2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Manutención de los hijos</b>	Carta de adjudicación	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Pensión Alimenticia</b>	Carta de adjudicación	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Beneficios del Veterano</b>	2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Estipendio Educativo</b>	Carta de adjudicación o 2 estados de cuenta bancaria mas recientes	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Ingresos por Alquiler</b>	Declaración de impuestos federales mas reciente	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Trabajador por Cuenta Propia</b>	Declaración de impuestos federales mas reciente	Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$
<b>Otro</b>		Ingreso Mensual: \$	Ingreso Mensual: \$

(reverso)

**Información Sobre Manutención de Hijos o Pensión Alimenticia**

Usted (o su cónyuge) pagan manutención de hijos o pensión alimenticia?  Si  No

Si la respuesta es Si, anote el pago que usted hace cada mes: \$\_\_\_\_\_

**Firme para Mostrar que Aprueba la Información Proporcionada en esta Solicitud**

Declaro que mi estado financiero es como se indica arriba. Me doy cuenta que Peoples Community Health Clinic, Inc. esta utilizando dolares de los impuestos federales para ayudarme a recibir atención. Entiendo que cualquier falsificación de información con respecto a mis ingresos es considerada fraude contra el Gobierno de los Estados Unidos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Peoples Community Health Clinic, Inc. sobre cualquier cambio en mi seguro o estado de ingresos de manera oportuna. Peoples Community Health Clinic, Inc. puede divulgar mis registros financieros y cualquier registro relevante para fines de auditoría según sea necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Aplicante Fecha

**Documentos Necesarios para Prueba de Ingresos**

A continuación hay mas detalles sobre “Documentos Necesarios” para demostrar sus ingresos. Usted solo tiene que traer los documentos que se enumeran junto a su fuente(s) de ingresos en el cuadro de la pagina en frente.

Por favor incluir COPIAS de esta información cuando devuelva esta solicitud. Originales no se devolverán.

- Talones de Cheques: Dos talones de cheques mas recientes con fecha de los últimos tres meses
- W-2: Debe ser del año mas reciente
- Carta de Adjudicación: Debe indicar el motivo, fecha de inicio y monto del pago
- Estado de Cuenta Bancaria: Dos mas recientes con fecha de los últimos tres meses
- Declaración de Impuestos Federales: Debe ser del año mas reciente

**Pacientes sin Seguro**

A los pacientes sin seguro se les recomienda proporcionar un aviso de decisión sobre la elegibilidad para el seguro a través del Mercado (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio/Affordable Care Act). Si necesita ayuda para procesar su aplicación a través de Healthcare.gov o del Departamento de Servicios Humanos de Iowa, por favor contacte a nuestro Coordinador de Alcance e Inscripción al (319) 874-3350.

**SI TIENE PREGUNTAS,  
POR FAVOR LLAME AL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN AL (319) 874-3000.  
PRESIONE 7 PARA FACTURACIÓN, DESPUÉS 1 PARA ASISTENCIA FINANCIERA.**