



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Es póliza de Aspire Health Partners brindar servicios esenciales independientemente de la incapacidad de pago. Aspire ofrece una escala móvil de tarifas basada en el tamaño del hogar (familia) y los ingresos anuales. La elegibilidad para recibir asistencia se considerará sin distinción de raza, color, género, edad, discapacidad, religión, condición de veterano, opinión política, orientación sexual, estado civil, situación financiera y/o cualquier otra característica o rasgo que distinga a cualquier individuo de otros y tal vez considerar su uso para brindar un trato menos que igualitario.

Se requiere la siguiente información para nuestra evaluación de elegibilidad y responsabilidad financiera. La Escala se aplicará a todos los servicios elegibles recibidos en Aspire, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos externamente, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos o pruebas de diagnóstico. Debes completar este formulario cada 12 meses o si tu situación financiera cambia.

NOMBRE				
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO

Cliente numero de identificacion _____

Please list all household members, including those under age 18.

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
USTED		
OTRA/OTRO		
OTRA/OTRO		
OTRA/OTRO		

ORIGEN	USTED	OTHER	TOTAL
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.			

Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación			
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades en alquiler, herencias y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia externa al hogar; y otras fuentes diversas			
INGRESOS TOTALES:			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha _____

SOLO PARA EL USO DEL AHP

Individual Name: _____

Escala Aprobada: _____

Aprobada por: _____

Fecha Aprobada: _____

LISTA DE VERIFICACION	SI	NO
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo o otra		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes o otros		

También se puede utilizar la autodeclaración de ingresos.