

Solicitud de ayuda financiera

Traiga la solicitud completada a su cita

Cita

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Nombre del solicitante: _____

Número de teléfono: _____

Domicilio físico, ciudad, estado, código postal: _____

Empleador: _____

En caso de estar desempleado, fecha en que trabajó por última vez: _____

Estado civil: casado soltero separado legalmente divorciado viudo

Personas que viven en su casa (incluido el solicitante):

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	¿Tiene empleo? Sí/No	Ingreso bruto mensual (antes de impuestos)	¿Verificado? *Para uso exclusivo de la oficina
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

¿Hay alguna otra persona que no haya especificado arriba por quien usted asume responsabilidad financiera? Sí No

¿Está cubierto actualmente por la red de salud de Missouri (Missouri HealthNet) con un plan de deducción de gastos médicos (Spend Down plan)? Sí No

¿Ha solicitado beneficios por discapacidad del Seguro Social? Sí No

Continuación en la página 2

Los documentos que tal vez tenga que presentar cuando solicite la ayuda son los siguientes:

- Salarios:** Los 2 talones de los cheques del salario más recientes con fecha anterior a la de la solicitud donde se muestre el ingreso bruto de cada persona que vive en su casa. También se pueden considerar los talones de los cheques del salario de los últimos 3 a 12 meses, un reporte o una carta del empleador donde se indique el ingreso bruto del empleado por período de pago.
- Trabajador independiente:** Los libros contables del mes más reciente que muestren el ingreso y los gastos de la empresa, la declaración de impuestos federales más reciente, incluido el estado de resultados de la empresa (Anexo C), Formulario de exención tributaria federal 4029 o carta del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) que muestre el estado de exención de presentación de la declaración de impuestos. Se podrían solicitar los libros contables de otros meses.
- Formularios para personas sin ingresos o que reciben ayuda económica:** Completados y firmados para el período de tiempo sin ingresos en los últimos 3 meses.
- Beneficios por desempleo:** Un listado de la oficina de desempleo donde consten los fondos pagados durante el mes más reciente.
- Ingreso del Seguro Social:** Carta de la Oficina del Seguro Social donde se indique el monto del beneficio mensual que refleje los ingresos brutos para el año en curso.
- Ingresos por jubilación:** Copia del cheque mensual antes de cobrarlo. En su lugar, la carta de la oficina pagadora o del fondo.
- Estudiantes universitarios:** Resumen de cuenta que refleje los cargos por colegiatura, los pagos y los reembolsos al estudiante en el período académico más reciente y la declaración de impuestos del año más reciente de la persona de quien dependa el estudiante (estudiante, padre o madre). Si se declara como dependiente en las declaraciones de impuesto sobre la renta de los padres, deberá proporcionarse el ingreso de los padres.
- Venta de una casa o de un bien inmueble por una única vez:** Carta donde se indique el ingreso por la venta de la casa o del bien inmueble. (Documentación recibida cuando se finaliza la venta).
- También se podrían solicitar documentos adicionales:**
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cupones del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) de la División de Asistencia Familiar | <input type="checkbox"/> Confirmación escrita de atención médica de una clínica o refugio para indigentes | <input type="checkbox"/> Documento de asistencia para el cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Carta de elegibilidad para recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)/cupones de comida con el nombre de todas las personas que viven en la casa | <input type="checkbox"/> Estipendios o fondos recibidos del estado para la prestación de servicios médicos o la carta de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Asistencia de Emergencia para Servicios Públicos |
| <input type="checkbox"/> Carta de aprobación de la División de Asistencia Familiar para el Programa de Almuerzo Escolar Gratuito o de Costo Reducido financiado por el estado federal | <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio, sentencia de divorcio o documento de separación legal | <input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el último día de empleo, carta de despido |
| <input type="checkbox"/> Carta de asistencia de la Autoridad de vivienda actual, aprobación de vivienda subsidiada de la División de Asistencia Familiar | <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento, tutela legal o residencia | <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente, formulario de exención tributaria federal 4029 o carta del IRS que muestre el estado de exención de presentación de la declaración de impuestos |
| | <input type="checkbox"/> Formulario del proveedor de un centro de atención médica de largo plazo | <input type="checkbox"/> Estados de cuentas bancarias |
| | <input type="checkbox"/> Constancia de que se han agotado los fondos de la cuenta de reembolso de servicios de salud (HRA, por sus siglas en inglés) | |

Certifico que la información aquí declarada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Asimismo, tramitaré cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pudiera estar disponible para el pago de mis cargos de Mosaic Life Care o del médico, y tomaré toda medida que sea razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y cederé o pagaré a Mosaic Life Care el monto recuperado por los cargos. Si resulta que algún dato proporcionado por mí es falso, entiendo que Mosaic Life Care puede reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier medida que resulte apropiada.

Firma: _____ Fecha: _____

Disponibilidad de traducciones

Spanish (Español)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-816-271-1215.

Vietnamese (Tiếng Việt)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-816-271-1215.

Chinese (繁體中文)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-816-271-1215。

Serbo-Croatian (Srpsko-hrvatski)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-816-271-1215.

German (Deutsch)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-816-271-1215.

Korean (한국어)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-816-271-1215 번으로 전화해 주십시오.

French (Français)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-816-271-1215.

Russian (Русский)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-816-271-1215.

Arabic (العربية)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 816-271-1215.

Karen (unD)

ဟံသုာ်ဟံသုာ်သး- နမုာ်ကတိာ် ကညိံ ကျိာ်အယိံ, နမုာ်နုာ် ကျိာ်အတိာ်မၤစၢ်လၢ တလၢာ်ဘူာ်လၢာ်စ့ၢ် နိတမံၤဘၣ်သ့န့ၣ်လီၤ. ကိး 1-816-271-1215

Burmese (မြန်မာစကား)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။

1-816-271-1215 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Laotian (ພາສາລາວ)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-816-271-1215.

Tagalog (Tagalog)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-816-271-1215.

Cushite (Oroomiffa)

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-816-271-1215.

Pennsylvania Dutch (Deitsch)

Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-816-271-1215.

Japanese (日本語)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-816-271-1215 まで、お電話にてご連絡ください。

Trukese (Foosun Chuuk)

MEI AUCHEA: Ika iei foosun fonuomw: Foosun Chuuk, iwe en mei tongeni omw kopwe angei aninisin chiakku, ese kamo. Kori 1-816-271-1215.