



PO Box 869 | Norfolk, Nebraska 68702-0896

---

## Lista de Requisitos para Pedir Ayuda Financiera

- ❖ Llene la hoja de su Declaración Financiero
  - ❖ Declare los ingresos a su hogar de los últimos tres meses. Necesitaremos pruebas (talones de cheques/copias) de todos los siguientes que le son aplicables:
    - Ingresos brutos-entregue los talones de sus cheques o una carta de su empleador con los ingresos brutos de los últimos tres meses.
    - Compensación al trabajador-entregue copias de los cheques que ha recibido debido ser lastimado en su trabajo o una carta de notificación de beneficios por parte del programa de compensación al trabajador.
    - Cuenta de Jubilación (IRA), Bonos/Valores Públicos -entregue documentación del banco o de su declaración de impuestos del año anterior.
    - Mantención a Hijos-entregue un estado de cuenta del banco si es depositado directamente o un documento de Servicios de Mantención a Hijos del internet.
    - Pensión Matrimonial-entregue un estado de cuenta del banco si es depositado directamente o un documento de la corte.
    - Ingresos del ejército o servicio militar-entregue una notificación de beneficios o un estado de cuenta del banco si es depositado directamente.
    - Beneficios de Desempleo, de Deshabilidad, de Seguro Social, o de Estampillas para Comida-entregue una notificación de beneficios o un estado de cuenta del banco si es depositado directamente.
    - Auto-empleado (Si usted tiene su propio negocio o trabaja por si mismo)-entregue una copia completa de su declaración de impuestos del año anterior.
  - ❖ Firme y regrese la aplicación con pruebas de todos los ingresos mencionados arriba que le aplican a usted.
  - ❖ **Si no entrega toda la información, su aplicación no será procesada y puede ser negada.**
  - ❖ Llame a su Consejera Financiera, Tonya, al 402-644-7366 con cualquier pregunta.
-



ESTADO FINANCIERO

AYUDA PEDIDO:

Hay que hacer un tic en una d las opciones de abajo.

- Estoy pidiendo pagos mensuales.
- Estoy pidiendo Ayuda Financiera para Paciente.

Parte Responsable

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Cónyuge

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Dirección presente  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
# de Años \_\_\_\_\_  Poseer  Alquilar  
Dirección del pasado si ha vivido menos que dos años a la dirección presente.  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
# de Años \_\_\_\_\_  Poseer  Alquilar

Dirección presente  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
# de Años \_\_\_\_\_ Poseer Alquilar  
Dirección del pasado si ha vivido menos que dos años a la dirección presente.  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
# de Años \_\_\_\_\_  Poseer  Alquilar

Estado Civil:  Casado  Separado  Soltero (Incluye soltero, divorciado, y viudo) (Single...)  
Número de personas a su cargo \_\_\_\_\_ Edades de las personas a su cargo \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE YO RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN ESCRITO EN ESTE ESTADO FINANCIERO DADO A FAITH REGIONAL HEALTH SERVICES ES VERDAD Y CORRECTO Y POR LA PRESENTE YO AUTORIZO A FAITH REGIONAL HEALTH SERVICES O SU AGENTE VERIFICAR CUALQUIERA INFORMACIÓN DADO EN ESTE FORMULARIO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma de Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

Parte Responsable

Cónyuge

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del Empleador ( ) \_\_\_\_\_  
 # de Años Empleado con su Empleador Presente \_\_\_\_\_  
 Posición/Título \_\_\_\_\_  
 Tipo de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
 Supervisor \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del Empleador ( ) \_\_\_\_\_  
 # de Años Empleado con su Empleador Presente \_\_\_\_\_  
 Posición/Título \_\_\_\_\_  
 Tipo de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
 Supervisor \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_

La próxima sección preguntará sobre sus ingresos y activos. Usted está obligada facilitar los talones de cheque de los últimos tres meses. Si usted no tiene sus talones de cheque, se puede pedir que su empleador escriba una declaración que nos indique sus ingresos brutos por los últimos tres meses. Esa declaración tiene que estar en papel con el membrete del empleador. También, se puede facilitar la declaración de la renta del último año si usted está autónomo.

**INGRESO MENSUAL/ACTIVO**

CATEGORÍA	DE SÍ MISMO	CÓNYUGE	TOTAL
Ingresos brutos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación de Trabajador	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Interés	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Dividendos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de hijos recibido	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimentaría recibido	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos de los alquileres	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos del ejército	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación por invalidez	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cupones alimentarios	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Dinero (cuentas de cheques y cuentas de ahorro)	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SÓLO: Three previous month's gross income times four (4) \_\_\_\_\_  
 One month's gross income times twelve (12) \_\_\_\_\_

Esta sección describe sus gastos y deudas mensuales. Por favor, llene con precisión.

GASTOS MENSUALES/DEUDAS

CATEGORÍA		CATEGORIA	
Pensión alimentaría pagado	\$ _____	Pago del alquiler	\$ _____
Auto gasolina pagado mensualmente	\$ _____	Pago de Préstamo hipotecario	\$ _____
Auto: Aceite mensual	\$ _____	Valor de bienes inmuebles	\$ _____
Televisión por cable	\$ _____	Préstamo hipotecario	\$ _____
Gastos para el cuidado de niño	\$ _____	Pago de automóvil	\$ _____
Manutención de hijos pagado	\$ _____	Saldo Restante	\$ _____
Contribuciones para organizaciones benéficas	\$ _____	Haga una lista del año, marca, y modelo	\$ _____
Ropa/Zapatos	\$ _____	Pago de automóvil	\$ _____
Entretenimiento	\$ _____	Saldo Restante	\$ _____
Comida y productos de papel	\$ _____	Haga una lista del año, marca, y modelo	\$ _____
Basura	\$ _____	Tarjeta de crédito (Nombre)	\$ _____
Seguro: Auto	\$ _____	Pago Mensual	\$ _____
Seguro: Arrendatario	\$ _____	Saldo de tarjeta de crédito	\$ _____
Seguro: Propietario	\$ _____	Tarjeta de crédito-Nombre	\$ _____
Seguro: Salud	\$ _____	Pago Mensual	\$ _____
Insurance: Life	\$ _____	Saldo de tarjeta de credito	\$ _____
Seguro: Vida	\$ _____	Trahetia de creduti-nombre	\$ _____
Alquila para una parcela (casas móviles)	\$ _____	Pago Mensual	\$ _____
Gastos para la escuela	\$ _____	Saldo de tarjeta de credito	\$ _____
Teléfono: Precios básicos	\$ _____	Otro prestamo	\$ _____
Utilidades: Gas	\$ _____	Otro saldo del prestamo	\$ _____
Utilidades: Electricidad	\$ _____	Otro prestamo	\$ _____
Utilidades: Agua	\$ _____	Otro saldo del prestamo	\$ _____
Medicaciones	\$ _____	Pagos al medico	\$ _____
El Recibo del hospital(total)	\$ _____	Otro	\$ _____
El Racibo del hospital-pagado mensualmente	\$ _____	Otro	\$ _____

**Para el usode la oficina solamente (Office Use Only):** List the total monthly expenses/liabilities: \$ \_\_\_\_\_