

ASANTE
PO Box4749
Medford, OR 97501

Documentación que se necesita ser considerada para el Programa de Asistencia Financiera de Asante:

- Solicitud financiera rellena
- Firma de la persona responsable
- Firma del cónyuge / pareja
- Estados de cuenta de los 3 últimos meses (por favor, incluya todos los bancos donde tenga una cuenta)
 - Corriente o de cheques Ahorros
- Copia de su declaración de impuestos más reciente
- Si trabaja por cuenta propia; se requiere su paquete completo de impuestos
- Los 3 últimos talonarios o recibos de sueldo
- Los 3 últimos recibos de sueldo de su cónyuge/pareja
- Copia de la carta de beneficios del seguro social
- Si no tiene ingresos, proporcione una carta firmada de la persona que lo mantiene junto con la información de contacto
- Proporcione una copia del último informe de ganancias de la oficina de desempleo
- Enviar una copia de la carta de aprobación de los estudiantes universitarios o vocacionales de tiempo completo
- Estado de la cuenta de ahorros para la salud

Si no le es posible proporcionar ninguna de la información anterior, sírvase dar una explicación o escriba N/A si no le corresponde a usted.



Solicitud para Asistencia Financiera

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			POR FAVOR ESCRIBA LOS DATOS EN IMPRENTA
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de cuenta

* Si el paciente es un menor, por favor apunte al padre (s)/tutore(s) como solicitante y co-solicitante.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)		PARENTESCO CON EL PACIENTE	
		<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Unión libre <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otra	
<u>ESTADO CIVIL</u>			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Unión libre <input type="checkbox"/> Separado			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Número de teléfono Casa()	Celular()
Dirección	Ciudad	Estado	Condado Código Postal
Empleador actual	Posición	¿Cuánto tiempo?	

* Si no está empleado actualmente, ¿hace cuánto tiempo que está desempleado?

3. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE		PARENTESCO CON EL PACIENTE	
		<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge/Unión libre <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro	
<u>ESTADO CIVIL</u>			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Unión libre <input type="checkbox"/> Separado			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Número telefónico Casa()	Celular()
Dirección	Ciudad	Estado	Condado Código postal
Empleador actual	Posición	¿Cuánto tiempo?	

* Si no está empleado actualmente, ¿hace cuánto tiempo que está desempleado?

4. DEPENDIENTES QUE VIVEN CON USTED			
Nombre	Edad	Nombre	Edad



5. BIENES

	Cantidad que se debe	Precio de compra	Valor
Propiedad/Casa			
Automóviles			
Vehículos de recreación			
Otros			

6. INFORMACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS

	Saldo	Nombre del banco
Cuenta corriente o de cheques		
Ahorros		

7. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

<u>Fuentes de Ingreso Mensuales</u>	Solicitante	Cónyuge	Ingreso mensual combinado
Ingreso	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Manutención de cónyuge/menores	\$	\$	\$
Propiedad de alquiler	\$	\$	\$
Ingreso de inversión	\$	\$	\$
Pensiones/Anualidad	\$	\$	\$
Préstamo para estudiantes o Dinero de becas	\$	\$	\$
Cupones de alimentos	\$	\$	\$
Otro[s]	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

Ingreso combinado mensual total

DESEMPLEO: SI NO TIENE UN INGRESO MENSUAL. POR FAVOR EXPLIQUE COMO SE MANTIENE Y PROPORCIONE UNA CARTA FIRMADA DE LA PERSONA QUE LE DA APOYO ECONÓMICO.



8. GASTOS ESTIMADOS MENSUALES BÁSICOS			
Gasto mensual	Pago mensual	Gasto mensual	Pago mensual
Hipoteca/Pago de renta	\$	Cuentas pendientes médicas, dentales o recetas	\$
Impuesto a la propiedad (si no está incluido en el pago de la hipoteca)	\$	Pago(s) total(es) mensual(es) de automóviles	\$
Seguro de vivienda	\$	Seguro para automoviles	\$
Servicios públicos (Electricidad, Gas, Agua, Basura, Reciclaje)	\$	Gasolina para automoviles	\$
Comida	\$	Gravámenes/Embargo de salarios	\$
Teléfono (Casa y celular)	\$	Lista del resto de los pagos mensuales	\$
Manutención de menores/cónyuge	\$		\$
Cuidado de niños	\$		\$
Tarjetas de crédito	\$		\$
Primas de seguro de salud	\$		\$

9. INFORMACIÓN O COMENTARIOS ADICIONALES

10. Firma

Yo certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo a Asante que solicite una investigación de crédito y/o verifique cualquiera de los datos anteriores como considere necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Firma del cónyuge/pareja _____

Fecha _____

