



La política del Children's Health Council es de proveer servicios independientemente de la capacidad para pagar esos servicios cuando es posible.

Es posible que una ayuda financiera sea disponible para que usted pueda disminuir el costo de los servicios recomendados en el Children's Health Council. Para determinar su elegibilidad, consideramos el ingreso anual de su familia, el número de las personas que dependen del ingreso total, necesidades clínicas, cobertura del seguro, y situaciones financieras especiales de la familia. Pedimos que todas las familias contribuyan una parte del costo de los servicios.

Una persona va a estar en contacto con usted sobre su elegibilidad dentro de tres días de negocio. El aviso de aprobación va a incluir la cantidad de ayuda financiera que usted va a recibir. Nosotros vamos a trabajar con usted para establecer un plan de pago razonable por la parte del costo de sus servicios.

Si quiere aplicar para una ayuda financiera, por favor provee los siguientes documentos:

- (1) Una aplicación para ayuda financiera completa.
- (2) Una fotocopia de su declaración de impuestos más reciente con todos los suplementos. Todas las declaraciones de impuestos serán destruidas después de ser estudiadas.
- (3) Una fotocopia de su tarjeta de seguro médico que incluya los dos lados de la misma tarjeta.
- (4) Una carta de presentación explicando factores adicionales que deban ser considerados.

Estos documentos pueden ser enviados por correo, correo electrónico, fax, o entregados en persona en el CHC. Si tiene preguntas, por favor llame Andres Sierra a (650) 688-3685.

Nombre del paciente: _____

Nombre del Padre (A): _____

Nombre de la Padre (B): _____

Número de personas que viven en el hogar: Adultos: _____ Niños: _____

Ocupación del Padre (A): _____

Ocupación de la madre (B): _____

Ingreso mensual bruto

Padre \$ _____

Otros \$ _____

Ingreso Total \$ _____ **Número de dependientes de dicho ingreso** _____



**Bienes o Activos
Líquidos**

**Gastos
Mensuales**

Vivienda o hipoteca	\$ _____	Costo de Vivienda (Renta (valor de mercado))	\$ _____
Otras propiedades (valor de mercado)	\$ _____	Obligaciones legales judiciales	\$ _____
Cuenta corriente	\$ _____	Guardería	\$ _____
Cuentas de ahorros	\$ _____	Manutención de dependientes	\$ _____
Fondos de pensión	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Acciones/Valores	\$ _____	Otros	\$ _____
Otros	\$ _____		
TOTAL de ACTIVOS	\$ _____	GASTOS TOTALES	\$ _____

Instrucciones Adicionales:

- (1) Adjunte una fotocopia de su declaración de impuestos más reciente con todos los suplementos. Si no presentó declaración de impuestos, adjunte documentos para probar sus ingresos. Todas las declaraciones de impuestos serán destruidas después de ser estudiadas.
- (2) Adjunte una fotocopia de su tarjeta de seguro médico que incluya los dos lados de la misma tarjeta.
- (3) Adjunte una carta de presentación explicando factores adicionales que deban ser considerados.

Estos documentos pueden ser enviados por correo, correo electrónico, fax, o entregados en persona en el CHC, Atención: Andres Sierra.

Yo certifico que la información que aparece en este documento es verdadera y correcta en mi conocimiento. Yo entiendo que dicha información es utilizada para evaluar mi elegibilidad para la beca y es totalmente confidencial. Para proteger su información personal todas las declaraciones de impuestos serán destruidas después de ser evaluadas.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____