



Acct # E

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor complete y firme la aplicación. Aplicaciones incompletas serán negadas. Presentar información fraudulenta y no presentar la documentación requerida, dará como resultado la negación de la aplicación.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE:

Nombre (Apellido, Nombre): _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Femenino: ___ Masculino: ___

Estado civil: Soltero (a): ___ Casado (a): ___ Divorciado (a): ___ Separado (a): ___ Unión Libre: ___ Viudo (a): ___

Documentos adicionales pueden ser necesarios para determinar la elegibilidad y deberá ser proporcionada de ser requeridos.

INFORMACIÓN DEL GUARDIAN/ CUSTODIO LEGAL:

Nombre (Apellido, Nombre) _____

Número de Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el Aplicante: Padre: _____ Otro: _____

DOMICILIO:

Domicilio: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: # _____ Correo Electrónico: _____

FORMA VALIDA DE IDENTIFICACION:

Identificación o Licencia de Conducir de Estados Unidos / Estado de Texas Licencia: _____

Pasaporte de Estados Unidos: _____

Tarjeta de Residencia Permanente (Green Card) _____

DOS COMPROBANTES DE DOMICILIO ACTUALES:

Recibo de servicios: Luz/Gas/Agua _____ Tarjeta de Votante _____ Pago de Impuesto de Propiedad _____
Correspondencia recibida de Agencia de Seguro Social _____ Estados de Cuenta de Pensión: _____
Documentos de Income Tax o W2 (año actual) _____ Estados de Cuenta de Hipoteca _____ Correspondencia
recibida de Oficina de Servicios de Salud y Humanos de Texas: _____ Contrato de Renta: _____ Identificación o
Licencia de Conducir de Estados Unidos/ Estado de Texas: _____ Correspondencia de Oficina de Pensión
Alimenticia: _____ Aviso de Aprobación de Programa de Descuentos de Hospital Centro Medico Universitario
"Atención y Mas" o "HealthCare Options": _____ Aviso de Renovación del Registro Vehicular en Texas: _____



COMPROBANTE DE INGRESOS ACTUALES:

Documentos de Income Tax o W2 (año actual) _____ Asistencia Pública (SNAP, TANF): _____ Pago de
Fideicomiso: _____ Comprobantes de Nomina/últimos tres periodos de pago: _____ Carta de Empleados en papel
membretado que incluya la cantidad de sueldo: _____ Aviso de Beneficio de Desempleo de Estados Unidos: _____
Carta de beneficio o Estados de Cuenta mostrando la cantidad de depósito de la Oficina de Seguro Social:
Estados de Cuenta de Pensión Alimenticia para Esposo (a) y/o Hijos (as): _____ Estado de Cuenta de
Pensión/Retiro: _____ Beneficio para Veteranos: _____ Aviso de Aprobación de Programa de Descuentos de
Hospital Centro Medico Universitario "Atención y Más" o "HealthCare Options": _____ Comprobantes de Ingreso
recibido por renta de Propiedad o Servicio: _____ Carta de Beneficio recibido por Ayuda Financiera/ Becas: _____
Declaración de Ingresos en Cero: _____ (Documentación adicional puede ser necesaria para determinar la
elección y deberá ser proporcionada al requerírsela).



DEPENDIENTES:

Acta de nacimiento _____ Ultimo recibo de Income Tax _____ Notificación de Beneficio de Medicad _____.



Firma del Solicitante

Fecha

Firmando lo anterior, hago constar en pleno uso de mis facultades que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera.

SOLO PARA USO OFICIAL

Valid identification: Yes _____ No _____
Proof of residency: Yes _____ No _____
Income verification: Yes _____ No _____
Household composition: Yes _____ No _____
Financial Assistance authorized: Yes _____ Expiration Date: _____

No: _____ Reason: _____

Financical Assistance Representative

Date