



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