

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

¡FAVOR DE LEER CON CUIDADO! Para procesar su solicitud debidamente, Ud. debe de enviarnos prueba de sus ingresos.

**Observe que:** Cualquier espacio dejado en blanco pudiera descalificarlo o demorar su solicitud.  
**Completar este formulario con una pluma.**

**Por favor adjunte los siguientes documentos requeridos:**

- La declaración de Impuestos más reciente (Federal, Estatal y las formas W-2)
- Carta de su Situación Económica  Tarjeta de Identificación

**Favor de enviar la solicitud totalmente completa a: Froedtert Kenosha Clinic 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143-5082**

Nombre de Contacto:

No. de Teléfono:

Fecha:

No. de Cuenta:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento  
del Paciente:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código  
Postal:

No. de Seguro Social:

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

Nombre del Esposo(a):

Fecha de Nacimiento:

No. de Dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente:

Fecha de nacimiento:

**INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO, INGRESOS, Y SEGURO (DEBEN LLENARSE TODAS LAS CASILLAS)**

¿Está Ud. empleado actualmente?  Sí  No      ¿Trabaja para usted mismo?  Sí  No

Paciente o Padres

Esposos o Padres

Empleador actual o más reciente			Empleador actual o más reciente		
Dirección	Tel		Dirección	Tel	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de Supervisor	# de Teléfono		Nombre de Supervisor	# de Teléfono	
Ingreso Mensual Neto			Ingreso Mensual Neto		
Fecha Empleado: De _____ a _____ (Se requiere previo empleo si el plazo es corto)			Fecha Empleado: De _____ a _____ (Se requiere previo empleo si el plazo es corto)		

**OTRO TIPO DE INGRESO** (proveer el tipo y la cantidad)

- Pensión/ Manutención \_\_\_\_\_  Anualidad de Pensión \_\_\_\_\_  Seguro Social \_\_\_\_\_
- Compensación Laboral \_\_\_\_\_  Pensión de Veterano \_\_\_\_\_  Ingreso por Alquileres \_\_\_\_\_
- Compensación por Desempleo \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROVEIDA ES VERDADERA Y EXACTA, A MI LEAL SABER.**

Doy permiso a que esta información sea divulgada a Froedtert South para verificación de esta declaración financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma de Esposo/Padre/Esposa

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Proveedor de Froedtert

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*\*\*Una copia de su Declaración de Impuestos actual debe acompañar este formulario.**