

Para uso interno solamente

Aplicación dada a los pacientes por: Nombre _____ Sitio _____ Departamento: _____

Helping Hand Assistance Application
Aurora Health Care-Helping Hand Program
P.O. Box 3193
Milwaukee, WI 53201

Enviar por correo su solicitud completa a este domicilio: **Por favor escriba claramente y legible.**

PARTE 1 – Información General sobre su Familia

Su Nombre _____
 Primer Nombre _____ Apellido _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Correo Electrónico _____

Nombre de Esposo(a) _____
 Primer Nombre _____ Apellido _____ inicial del Segundo Nombre _____ Correo Electrónico _____

Domicilio _____ (_____) _____
 Número y Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Su Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social de Esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Es usted un ciudadano de EE.UU.? SI ___ No ___ ¿Es usted un Inmigrante legal? SI ___ No ___

Elige todas las que apliquen a usted (desde 1-5):

1. ESTOY EMPLEADO(A) EN _____ Empleado(a) desde (fecha) _____ a _____
 Ocupación/Trabajo _____ Salario/Horario \$ _____

MI ESPOSO(A) ESTA EMPLEADO(A) EN _____ Empleado(a) desde (fecha) _____ a _____
 Ocupación/Trabajo _____ Salario/Horario \$ _____

2. CON RESPECTO A Seguro Médico (Elige todas las que apliquen a usted):

Yo Mi Esposo(a)
 ___ El empleo ofrece seguro médico y yo estoy cubierto por la póliza (Incluye una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro médico).

___ El empleo ofrece seguro médico pero yo **no me inscribí**. Explique por qué. _____ e
 incluya una carta de su empleo indicando el coste total de seguro médico y el cantidad y/o porcentaje que se contribuye al prima de seguro medico (insurance premium).

___ El empleo no ofrece seguro médico (incluye una carta de su empleo indicando eso).

3. LISTA DE MIS EMPLEOS en los últimos 2 años:

Empleo Anterior _____ Empleado(a) desde (fecha) _____ a _____

4. NO ESTOY EMPLEADO(A) MI ESPOSO(A) NO ESTA EMPLEADO(A):

Explique porqué no está empleado(a) incluyendo fechas, razones y fecha de ultimo empleo _____.

5. RECIBO BENEFICIOS DE DESEMPLEO DESDE _____ . \$ _____ CANTIDA SEMANAL

MI ESPOSO(A) RECIBE BENEFICIOS DE DESMPLEO DESDE _____ . \$ _____ CANTIDA SEMANAL

Para informacion sobre su desempleo póngase en contacto con la oficina de Seguro de Desempleo 1 - 800-494-4944,
 O visite el sitio web de beneficios de desempleo para obtener información <http://dwd.wisconsin.gov/uiben>

Mis Dependientes (anote todos los nombres y edades)

Nombre	Edad	Nombre	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PARTE 2 – Los Ingresos de su Familia

SE REQUIERE: documentos que comprueben sus finanzas.

Definición: **Ingresos** incluye cualquier ganancia monetaria.

Definición: **La fuente de ingresos** significa de donde el dinero viene y/o quien le paga el dinero. Por ejemplo, puede ser que recibe dinero del seguro social, su empleo, el empleo de su esposo(a), fondos de jubilación, pagos de pensión o, inversiones, la paga de discapacidad, desempleo, etc.

Pregunta: **¿Qué pasa si mis ingresos resultan ser cero para el año?**

La respuesta: Debe poner cero como sus ingresos en el parte a continuación.

Si alguien lo está apoyando/manteniendo, por favor llene la parte 3 y firme y certifique ante un notario publico.

Ingreso Total del año anterior: \$ _____ (Incluya copia de todas las páginas de sus impuestos)

Para Copias de impuestos llame a la oficina del IRS al 1800-908-9946.

Para ordenar un transcripción por internet /www.irs.gov/Spanish y oprima “Ordenar-Transcripción” en el campo de búsqueda.

FUENTES DE INGRESOS PARA ESTE AÑO

CANTIDAD RECIBIDA HASTA LA FECHA ESTE AÑO

(Si usted está casado(a), ambos ingresos son requeridos)

_____	\$ _____ (Incluya comprobante)
_____	\$ _____ (Incluya comprobante)
_____	\$ _____ (Incluya comprobante)
_____	\$ _____ (Incluya comprobante)

Note: Si trabaja por su propia cuenta por favor proporcione información de beneficios.

Lista y Certificación

Elige las que aplique a usted y luego firme:

- Yo soy un residente permanente de WI (prueba de residencia será necesario si los datos sobre la aplicación no se pueden verificar)
- Incluyo mis impuestos federales, todas las páginas, incluidas (OBLIGATORIO). Si no, ¿por qué no?

- Incluyo mi más reciente talón de cheque mío y de mi esposo(a). ¿Si no está incluido por qué no?

- Incluyo una carta indicando si mi empleo ofrece seguro médico, si es su caso la carta indica el coste total de seguro médico y el cantidad y/o porcentaje que se contribuye al prima de seguro médico (insurance premium).

- Incluyo mis documentos de ingresos (Desempleo, IRA, 401K, Retiro). ¿Si no está incluido por qué no?

- Tuve cero ingresos para el año y llene la carta de apoyo financiero (parte 3) ha sido firmada y notariada por un notario publico

Yo Certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, la información que di es verdadera y exacta. Yo autorizo a Aurora Health Care para verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Firma del Paciente o Personal Responsable

Fecha

PART E 3 CARTA DE AYUDA FINANCIERA

Esta parte debe ser completada por la persona que le está apoyando financieramente o manteniendo económicamente.

Utilice el espacio de atrás de este documento si es necesario.

Yo, _____ **certifico que le estoy ayudando a** _____

Con lo siguiente cada mes: (especifique la ayuda que brinda: alimento, calefacción, teléfono, medicamentos, seguro médico, etc.)

El sumo de ayuda para éste individuo es de \$ _____.

Yo no pido ser reembolsado para el costo mensual de apoyo que brindo al individuo mencionado.

Proporciono ayuda a éste individuo porqué: (Escriba las razones por cuales ayuda financieramente a éste individuo sin deseo que se le reembolse. Por ejemplo: situación médica, discapacidad a largo plazo, desempleo, recolocación, etc.)

¿Desde cuando le ha estado ayudando al individuo que describió aquí? _____ meses.

Esta persona no tiene otro medio de ingresos financieros. Solamente la que describo en este documento. Yo certifico que toda la información que proporcioné es verdadera. Por lo tanto autorizo a Aurora Health Care a que verifique cualquier información que yo haya dado.

Yo entiendo que mi firma no me obliga o me hace responsable por las deudas del individuo al que yo apoyo.

Nombre de la persona que proporciono la ayuda (imprime nombre): _____

Relación con el paciente: _____

Dirección de la persona que proporciono la ayuda: _____

Número de teléfono de la persona que proporciono la ayuda: (_____) _____

Firma de la persona que proporciono la ayuda: _____ Fecha: _____

Su firma debe ser certificada por un Notario Público encargado actualmente en el estado de Wisconsin. Tanto la firma y el sello es obligatorio.

Attested before me on this _____ day of _____, 20____ at _____, County of _____, Wisconsin

Signature of Notary

Seal