



## SOLICITUD DE **Ayuda Económica**

**Referido por**

Departamento de salud  
de Vero  
Departamento de salud  
de Gifford  
Clínica Fellsmere  
Dr.: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Estado civil:                    Soltero    Casado            Viudo    Divorciado            Separado

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_, FL/CÓDIGO  
POSTAL: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_, FL/CÓDIGO POSTAL:  
\_\_\_\_\_

Tiempo de residencia en el condado de Indian River: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Información personal/de la familia

Apellido de familia Incluir apellido de soltera	Relación	Edad	Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano estadounidense?	N.º de seguro social	¿Tiene seguro médico?
	<b>Paciente</b>					

Número de familiares TOTAL:

### Información de ingresos y empleo

Ocupación del paciente/garante	Nombre y domicilio del empleador	Ingresos mensuales
Ocupación del cónyuge	Nombre y domicilio del empleador	Ingresos mensuales
Otro	Fuente de ingresos	Ingresos mensuales

### Información financiera

Las siguientes no se consideran fuentes de ingresos para determinar su elegibilidad sino como activos líquidos:

Cuenta corriente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta bancaria n.º Saldo

Caja de ahorro: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta bancaria n.º Saldo

La siguiente información no se debe utilizar como criterio de elegibilidad.

Bien inmueble ubicado en: \_\_\_\_\_ Deudor hipotecario:

\_\_\_\_\_  
Valor estimado: \_\_\_\_\_ Saldo adeudado: \_\_\_\_\_ Patrimonio:

Automóvil 1: Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \_\_\_\_\_  
Automóvil 2: Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \_\_\_\_\_