Behavioral Center of Michigan

4050 Twelve Mile Rd

Warren, MI 48092

**FORMULARIO DE AYUDA ECONÓMICA**

INSTRUCCIONES: Complete la solicitud y devuélvala en el plazo de 10 días, y adjunte copias de:

* En una hoja por separado, describa su necesidad de ayuda económica.
* Beneficios de Seguro Social (si corresponde).
* W-2 o declaraciones de desempleo.

|  |
| --- |
| **Información del paciente** |
| Nombre del paciente | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |
| Dirección |
| Número de Seguro Social | Teléfono (###) |
| **Información de la parte responsable** |
| Nombre y dirección |
| Número del Seguro Social | Teléfono (###) |
| Nombre y dirección del empleador |
| Teléfono del empleador (###) | Ocupación |
| Duración del empleo | Sueldo mensual | Núm. de dependientes |
| Número de licencia de conductor |
| **Información del cónyuge** |
| Nombre y dirección |
| Número del Seguro Social | Teléfono (###) |
| Nombre y dirección del empleador |
| Teléfono (###) | Ocupación |
| Duración del empleo | Sueldo mensual | Núm. de dependientes |
| **Grupo familiar que vive en la casa** |
| **DEPENDIENTES** (si hay más de 5 dependientes, use una página por separado) |
| Nombre | Relación | Edad |
| Nombre | Relación | Edad |
| Nombre | Relación | Edad |
| Nombre | Relación | Edad |
| Nombre | Relación | Edad |

* Declaraciones de impuestos y programas de apoyo
* Recibos de pago (los 3 más recientes)
* Estados de cuenta del banco (los 3 meses más

|  |
| --- |
| **Información del seguro médico** |
| **Compañía de seguros** | **Dirección** | **Suscriptor** | **Fecha de elegibilidad** | **Número de póliza y de grupo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Activos/gastos** |
| **RESIDENCIA** | **Pago mensual** | **Valor** | **Saldo pendiente** |
| Pago mensual de hipoteca/alquiler | $ | $ | $ |
| Segunda residencia/casa de vacaciones | $ | $ | $ |
| **AUTO** | **Año/marca** | **Pago mensual** | **Saldo pendiente** |
| Primer auto |  | $ | $ |
| Segundo auto |  | $ | $ |
| **Información de otros ingresos** |
| **INGRESO TOTAL DEL GRUPO FAMILIAR** | $ |  |
| Manutención de menores | $ | Pensión alimenticia | $ |
| Compensación de los trabajadores | $ | Desempleo | $ |
| Seguro Social/discapacidad | $ | Fecha/duración del desempleo |  |
| Alquiler | $ | Contrato de terreno | $ |
| Dividendos/intereses | $ | Fondos fiduciarios | $ |
| Asistencia pública | $ | Jubilación/pensión | $ |
| **BANCO** | **Lugar** |
| Saldo de cuenta corriente | $ | Saldo de cuenta de ahorros | $ |

**Entiendo que debo completar este formulario en su totalidad y adjuntar todos los documentos necesarios cuando lo devuelva para que Behavioral Center of Michigan pueda determinar si califico para ayuda económica. Si no está completo, recibiré un aviso por escrito que describa qué otra información o documentos se necesitan. Proporcioné información verdadera y precisa, y acepto que Behavioral Center of Michigan pueda investigar esta información y obtener mi reporte/historia de crédito.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitante Fecha**

|  |
| --- |
| Solo para uso interno |
| ID del paciente en el hospital |