



## **PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA**

### **Documentación sobre los ingresos familiares; envíe una o más de las siguientes:**

\_\_\_\_\_ Copias de los 2 comprobantes de pago más recientes  
Escriba la fecha de inicio del empleo (mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Si no tiene comprobantes de pago:

\_\_\_\_\_ Copias de la declaración de impuestos más reciente  
\_\_\_\_\_ Copias de los formularios W-2 y 1099 más recientes  
\_\_\_\_\_ Verificación por escrito de un empleador si le pagó en efectivo  
\_\_\_\_\_ Copias del estado de cuenta de beneficios mensuales del Seguro Social

---

### **Envíe copias de lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ Formulario de solicitud n.º 712 para determinar la elegibilidad para la ayuda económica de Warner Hospital & Health Services  
\_\_\_\_\_ Formularios en los que se apruebe o se deniegue la ayuda del Departamento de Ayuda Pública (Department of Public Aid) (debe solicitar la ayuda médica si cumple uno de los siguientes criterios: hay niños que viven en la casa, tiene una discapacidad permanente, está embarazada o tiene 65 años o más. Escriba sus iniciales y la fecha si no se aplica ningún criterio).

\_\_\_\_\_ Inicial

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Detallados de la cuenta corriente (de los últimos 3 meses)  
\_\_\_\_\_ Detallados de la cuenta de ahorro (de los últimos 3 meses)

Envíe la información solicitada **EN UN PLAZO DE 90 DÍAS DESDE LA FECHA DE ALTA O DE LA RECEPCIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA O ES POSIBLE QUE LE DENIEGUEN LA SOLICITUD POR NO ENVIARLA A TIEMPO.**

Su cooperación con Warner Hospital & Family Services es muy importante para determinar su elegibilidad para la ayuda económica.

Programa de ayuda económica  
Formulario n.º 514  
12/07/21 – Revisado

Warner Hospital & Health Services es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

