



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.

