



**LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

***Si tiene problemas para proveer estos documentos, por favor hable con nuestra Navegadora Financiera sobre las alternativas que tenemos disponibles para usted.***

**PRUEBA DE INGRESOS:**

- Última declaración de Impuestos Federales (completa)
- Si está trabajando: los dos últimos talones de cheques o el balance de su cuenta bancaria de los dos últimos meses
- Si trabaja por cuenta propia: Por favor provea al menos uno de los siguientes documentos:
  1. Salario del IRS y declaración de impuestos para empleados por cuenta propia (Formulario 1099).
  2. Balance de su cuenta bancaria de los dos últimos meses
- Desempleo, ingreso por discapacidad, etc. (mensual). Copia del cheque si está discapacitado/desempleado por más de seis meses
- Pensión alimenticia/manutención de hijos (Mensual): copia de su decreto de divorcio, nota de separación legal o acuerdo de custodia
- Otro (lo que le pida su Navegadora Financiera): \_\_\_\_\_

**FACTURAS MEDICAS**

- Copias de todas sus facturas médicas pendientes
- Documentación que demuestre los planes de pago que tenga en todas sus facturas médicas pendientes

**APLICACIÓN PARA EL MEDICAID**

- Aplicación completa para Medicaid
- carta de negación del Medicaid

**OTROS:** \_\_\_\_\_

**Su Navegadora Financiera es Tala Kent. Su teléfono es 435-719-3542.**