

Se tiene que llenar todas las áreas y presentar toda la información en el transcurso de 45 días. Si no se recibe toda la información en el transcurso de 45 días, se seguirá la norma de facturación de The Everett Clinic en base a la situación de la cuenta.

## FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

### PERSONAL

<b>Nombre:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____		
<b>Dirección actual:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	<b>Código postal:</b> _____
<b>Número telefónico (domicilio):</b> (____) _____ - _____	<b>Número telefónico (trabajo):</b> (____) _____ - _____ X _____		
<b>Estado civil:</b> (S) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/> (V) <input type="checkbox"/>	<b>No. de cuenta en The Everett Clinic:</b> _____		
<b>Nombre del cónyuge:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____		
<b>Número de dependientes (menores de 18 años de edad):</b> _____			
<b>Nombre:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____		
_____	_____		
_____	_____		

### PRUEBA DE INGRESOS DEL HOGAR

- Talones de los cheques de pago que muestren los Ingresos Brutos de todos los miembros de la unidad familiar
- Comprobantes de pago de desempleo
- Talones de cheques del Seguro Social / Carta de concesión
- Talones de cheques de Discapacidad / Carta de concesión
- Extractos bancarios / Prueba de los depósitos directos
- Si reclama sin ingresos, proporcione carta notariada de la persona que le apoya financieramente

### PRUEBA DE IMPUESTOS

Declaración de Impuestos actual / Prueba de las Transcripciones de no presentación del sitio Web de IRS [www.irs.gov](http://www.irs.gov)

Nota: No es necesaria la Declaración de Impuestos si está bajo SSI / Discapacidad. Monto base para no presentar \$25,000

### Se requieren todas las páginas de la respuesta de Asistencia de Atención a la Salud de DSHS.

Para obtener los formularios de solicitud, póngase en contacto con el Funcionario del Servicio Comunitario de DSHS, o llame al 1-800-562-3022 o en línea en [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov)

Testifico que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y completas. Estoy de acuerdo en presentar la información que ustedes pudieran solicitar concerniente a mi situación financiera. Cedo todos los beneficios de mi plan de seguro para que se paguen directamente a The Everett Clinic.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor devuelva esta solicitud a: P.O. Box 5127 Everett, WA 98206