

**Solicitud de Asistencia Financiera
(Application for Financial Assistance)**



INFORMACIÓN DEL APLICANTE			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
DIRECCIÓN			APT/UNIT#
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	GENERO M E
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL		TELÉFONO DEL TRABAJO

INFORMACIÓN DEL HOGAR		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON USTED
		YO

HOUSEHOLD INCOME INFORMATION
<p>Información de ingresos de casa: Favor de nombrar a todos en casa que reciben un ingreso. (Ingreso de casa incluye a todos los ingresos que entra a casa, sin importar si está casada o no. Ingresos incluyen, pero no son limitados a: salarios, pensiones, pagos de seguro social, pagos de discapacidad, pagos matrimoniales, pagos de soporte de hijos, desempleo, empleo por su cuenta, propinas, beneficios VA, etc. Descuento es calculado en el total de sus ingresos antes de los taxes.)</p> <p>FAVOR DE PROPORCIONAR PRUEBA DE INGRESO.</p>

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA O RECIBE INGRESOS	TIPO DE INGRESO (EMPLEO, SSI, BENEFICIOS, ETC.)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESO QUE RECIBE ANTES DE IMPUESTOS / DEDUCCIONES

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO	
POR FAVOR, ALISTE A CUALQUIER PERSONA EN EL HOGAR QUE ACTUALMENTE TIENE SEGURO MÉDICO.	
NOMBRE	TIPO DE SEGURO
NOMBRE	TIPO DE SEGURO
NOMBRE	TIPO DE SEGURO

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE
<p>Yo entiendo que cualquier pago recibido por mi o de mi parte, debe ser aplicado a mi cuenta antes de recibir un descuento de PSHC. Yo certifico que esta información es correcta y tomo la responsabilidad de contactar a PSHC si ocurre algún cambio con mi seguridad o con mis finanzas.</p>

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------