

Gastos mensuales

Casa: ___ Propia Pago hipotecario \$ ___ Impuestos sobre la propiedad/mensual \$ ___ Mensualidad \$ ___
 ___ Renta Alquiler pago a : _____ Mensualidad \$ ___ Utilidades/mes \$ ___

Facturas Médicas

Costos médicos mensuales (incluye explicación y nombre del médico / hospital / clínica)

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Gastos mensuales \$ _____

Cobertura de seguro

(Por favor envíe una copia del frente y reverso de cada tarjeta de seguro)

Seguro PRIMARIO

Nombre de compañía _____

Nombre de Suscriptor _____

Numero de ID de Suscriptor _____

Numero de Polica# _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación con el paciente _____

Seguros SECUNDARIA

Nombre de compañía _____

Nombre de Suscriptor _____

Numero de ID de Suscriptor _____

Numero de Polica# _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación con el paciente _____

Si su familia tiene circunstancias especiales o difíciles, por favor describa los detalles en una carta separada que se incluirá en esta solicitud.

Para procesar esta propuesta de aplicación, los siguientes documentos se deben presentar con esta solicitud firmada:

1. La declaración de impuestos más reciente 2. Foto actual de su hijo 3. \$25 Tarifa de procesamiento no reembolsable 4. IEP actual (si procede)

Certificación: Yo (nosotros) certifico que toda la información en este formulario es verdadera y completa al mejor de mi (nuestro) conocimiento. Si se lo pide cualquier funcionario autorizado de Hearts for Hearing, yo (nosotros) aceptamos entregar la documentación para la información dada en este formulario. Me doy cuenta de que el incumplimiento de una solicitud de información adicional puede impedir que el solicitante reciba ninguna ayuda. Por este medio autorizo al Comité de Asistencia Financiera oa cualquier otra agencia investigadora empleada por Corazones para Audiencia a investigar las referencias aquí mencionadas o declaraciones de otros datos obtenidos de mí (nosotros) o de cualquier otra persona perteneciente a mi (nuestro) crédito y responsabilidad financiera. Yo (nosotros) entiendo que si yo / estamos aprobados para un descuento, nosotros podremos tener que proporcionar explicación de los beneficios de nuestra compañía de seguros para nuestras citas.

Estoy completando esta solicitud debido a los gastos médicos secundarios a la pérdida de la audición de mi (nuestro) hijo/a.

Firma del aplicante _____ Fecha _____