

 **Clarity Genetics SOLICITUD CONFIDENCIAL DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Yo entiendo que la información que presento en relación con mis ingresos anuales, el tamaño de mi familia y demás bienes está sujeta a verificación por parte de Clarity Genetics. También entiendo que si se determina que la información presentada es falsa, se rechazará la solicitud y el saldo de mi cuenta seguirá siendo mi responsabilidad.

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra de imprenta)							
Número de cuenta		Fecha(s) de servicio			Número de Seguro Social		
Nombre (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)					Fecha de nacimiento		
Domicilio		Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono de su casa		Teléfono celular		Otro teléfono		Condado	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Usted es residente legal de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted tenía seguro médico o cualquier otra cobertura al momento de su servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Usted presenta su declaración de impuestos federales? Si respondió que no, ¿por qué? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Quién es el declarante principal? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Alguien en el hogar recibe asistencia pública? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Otro _____	
SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (Haga una lista de todas las personas que viven en su grupo familiar)							
Nombre de la persona	Fecha de nacimiento	Parentesco con el/la paciente	¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos federales?	Nombre de la persona	Fecha de nacimiento	Parentesco con el/la paciente	¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos federales?
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Todo integrante adicional de su grupo familiar puede ser incluido en otra hoja de papel.							
SECCIÓN TRES: GASTOS (Haga una lista de los gastos mensuales para todos los integrantes del grupo familiar)							
Pagos de la vivienda		Pagos del automóvil		Calefacción		Teléfono celular	
Impuestos a la propiedad (anuales)		Seguro del automóvil		Electricidad		Comestibles	
Alquiler / Alquiler de terreno		Combustible (vehículo)		Teléfono		Matrícula	
Seguro de vivienda / de alquiler		Cuidado de niños / Sustento de menores		Agua / Cloacas / Recolección de basura		Otros	
Seguro médico / Gastos		Seguro de vida		Cable / Satélite / Internet		Otros	

**SECCIÓN CUATRO: INGRESOS (Haga una lista de los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar)**

Fuente de ingreso bruto	¿Quién en el grupo familiar recibe este ingreso?	Cantidad del ingreso bruto actual	Fuente de ingreso mensual	¿Quién en el grupo familiar recibe este ingreso?	Cantidad del ingreso bruto actual
Sueldo			Sueldo		
Empleo por cuenta propia			Empleo por cuenta propia		
Pensión alimenticia / Sustento de menores			Pensión alimenticia/ Sustento de menores		
Seguro Social			Seguro social		
Inversiones			Inversiones		
Pensión / Dividendos			Pensión / Dividendos		
Propinas / Comisión			Propinas / Comisión		
Interés			Interés		
Ingresos por alquiler			Ingresos por alquiler		
Ingreso tribal			Ingreso tribal		
Desempleo			Desempleo		
Compensación por lesiones laborales			Compensación por lesiones laborales		
Otros _____			Otros _____		

**SECCIÓN CINCO: BIENES DEL GRUPO FAMILIAR (Haga una lista de los bienes de todos los integrantes del grupo familiar)**

Fuente del bien	¿Quién en el grupo familiar es dueño de este bien?	Valor actual de los bienes	Fuente del bien	¿Quién en el grupo familiar es dueño de este bien?	Valor actual de los bienes
Cuenta corriente			Valor de la propiedad (hogar)		
Cuenta corriente 2			Valor de la propiedad 2		
Cuenta de ahorros			Valor de vehículo (principal)		
Cuenta de ahorros 2			Valor del vehículo 2		
Certificados de depósito / Mercado de valores			Motocicleta / Vehículo todoterreno / Remolque		
401k / 403B/ IRA / Jubilación			Seguro de vida (valor de rescate)		
Acciones / Bonos / Anualidad			Otros _____		
Cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA) / Cuenta flexible de gastos médicos (Flexible spending account, FSA)			Otros _____		

Al firmar a continuación, yo certifico que lo declarado en esta solicitud y en todo documento adjunto es verdadero.

Firma de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, llame a \_\_\_\_\_ al número \_\_\_\_\_