

Solo para fines comerciales internos

For Internal Business Purposes Only

Application given to patient by: Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Site/Location\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Department\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Financial Assistance Application**

**Mental Health Emergency Center – Financial Asistance Program**

**PO Box 0909996**

**Milwaukee, WI 53209-09996**

*¡Estamos aquí para ayudar! Llámenos si tiene alguna pregunta mientras llena su solicitud y reúne sus documentos. Llámenos al 414-441-9670*

Envíe por correo la solicitud llenada a la siguiente dirección con toda la documentación requerida. **Por favor, escriba con letra clara y legible**.

**PARTE 1 – Información general**

Su nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Segundo nombre Apellido Dirección de correo electrónico

Cónyuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Segundo nombre Apellido Dirección de correo electrónico

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Número y calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Su No. de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Su fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Seguro Social de cónyuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de cónyuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN DEL NÚMERO 1 AL 5 A CONTINUACIÓN

1. TRABAJO ACTUALMENTE EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Pago por hora $** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ocupación/trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo desde (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MI CÓNYUGE TRABAJA EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Pago por hora $** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ocupación/trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo desde (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ACERCA DEL SEGURO (marque todas las que correspondan):

 Yo Mi cónyuge

 \_\_\_Mi empleador ofrece cobertura de seguro de salud y cuento con cobertura del plan

 *(Adjunte una copia de ambos lados de la tarjeta del seguro)*

 \_\_\_Mi empleador ofrece cobertura de seguro de salud, pero no me inscribí. Porque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(****Debe adjuntar una carta*** *del empleador indicando el costo total del seguro y el monto/porcentaje que contribuye hacia las primas del empleado).*

 \_\_\_Mi empleador no ofrece seguro de salud *(****Debe adjuntar una carta*** *de su empleador que indique esto)*

3. LISTA DE MIS EMPLEADORES ANTERIORES (SI HUBIESE ALGUNO) DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS HASTA MI EMPLEADOR ACTUAL

Empleador anterior\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajé desde (fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Use el reverso para incluir detalles adicionales del empleador)

4. NO TRABAJO MI CÓNYUGE NO TRABAJA

(Explique por qué no trabaja, incluyendo fechas, motivos, fecha hasta la que trabajó, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. RECIBO BENEFICIOS DE DESEMPLEO DESDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(FECHA) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Monto del año hasta la fecha

 MI CÓNYUGE RECIBE BENEFICIOS DE DESEMPLEO DESDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto del año hasta la fecha

*Para obtener información sobre beneficios: Comuníquese con la oficina de Seguro de Desempleo al 1-800-494-4944 o*

*ingrese al sitio web de beneficios de desempleo de WI para obtener información actualizada* <http://dwd.wisconsin.gov/uiben>

Impreso del sitio web

Printed from website

**Parte 1-A Mis dependientes Nombre Edad Nombre Edad**

Dependientes (escriba el nombre y la edad de cada uno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Escriba los dependientes adicionales en el reverso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

**PARTE 2 – Los ingresos familiares**

**Se requieren pruebas documentadas de todos los ingresos**

**Definición: Los *ingresos*** incluyen todo el dinero que se recibe de cualquier fuente.

**Definición: La *fuente de ingresos*** es de donde proviene el dinero o la persona que le paga ese dinero.

***Ejemplos:*** *el Seguro Social, los salarios que le paga el empleador, el empleador de su cónyuge, un fondo de jubilación, pagos de manutención conyugal, jubilación de distribución de fondos de inversión, pago por discapacidad, compensación por desempleo, etc.*

**Pregunta: *¿Y si no tuve ningún ingreso durante el año?***

**Respuesta:** Debe ingresar cero como su ingreso a continuación.

***Si alguien lo apoya financieramente, llene nuestra parte 3 y haga que la firmen y legalicen.***

 **INGRESO BRUTO TOTAL DEL AÑO PASADO: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(Adjunte una copia de los impuestos federales, todas las páginas)***

**Para obtener copias de la información fiscal: comuníquese con la oficina del IRS llamando al 1-800-908-9946. Para solicitar una transcripción en línea, ingrese a www.irs.gov y escriba “Solicitar una transcripción” en el campo de búsqueda**.

**FUENTE DE INGRESOS DEL AÑO ACTUAL MONTO BRUTO DEL AÑO HASTA LA FECHA**

(Si es casado, debe ingresar la de ambos)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Debe ***adjuntar*** pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Debe ***adjuntar*** pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Debe ***adjuntar*** pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Debe ***adjuntar*** pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)

**NOTA: Si es trabajador independiente, brinde su información de beneficios de trabajo independiente trimestrales.**

**Lista de verificación y certificación**

**Marque todas las que correspondan y luego firme abajo:**

 **Soy residente permanente de WI *(se requerirá prueba de residencia si no se pueden validar los datos en la solicitud)***

 **Mis impuestos federales, todas las páginas, están adjuntos (OBLIGATORIOS). Si no lo están, indique el motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Mis/nuestras boletas de pago más recientes están adjuntas. Si no lo están, indique el motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Adjunté cartas de mi empleador o el de mi cónyuge que indican si ofrecen o no un seguro; si es así, indican cuál es el monto de la prima total y el monto de contribución del empleador.**

 **Adjunté mis documentos de desempleo, cuenta personal de jubilación (IRA), estado del Seguro Social, 401 K, jubilación, etc. y documentos de mis ingresos. Si no lo están, indique el motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **No tuve ningún ingreso durante el año y *la* *Carta de Apoyo Financiero* *(Parte 3)* fue firmada, legalizada e incluida.**

***Certifico según mi leal saber que la información brindada anteriormente es verdadera y exacta. Autorizo a Mental Health Emergency Center a verificar cualquier información brindada en esta solicitud.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre en letra imprenta y firma del paciente o parte responsable Fecha**

Impreso del sitio web

Printed from website

**PARTE 3 - Carta de apoyo financiero**

*Debe ser llenada si alguien le brinda apoyo financiero. La persona que le brinda apoyo debe llenar esta parte.*

**Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **certifico que le brindo a (nombre del paciente)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**el siguiente apoyo financiero cada mes**: (indique cuál es el apoyo específico que le brinda, alimentos, calefacción, teléfono, vivienda, etc.)

**I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certify that I am providing (patient name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ With the following support each month:** (List specific support provided, food, heat, telephone, shelter, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El costo mensual total del apoyo a esta persona es de $**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**The total monthly cost of this support for this individual is $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 No pido ni espero que se me reembolse el costo mensual del apoyo a la persona mencionada aquí.

 I do not ask or expect to be reimbursed for the monthly cost of this support from the individual named here.

**Le brindo apoyo a esta persona porque**: (indique el motivo por el que le brinda apoyo financiero a esta persona sin esperar el reembolso. Ejemplos: situación médica a corto plazo, discapacidad a largo plazo, desempleo, traslado, etc.)

**I provide support to this individual because:** (List the reason why you would provide financial support for this individual without the expectation of reimbursement. Examples: short-term medical situation, long-term disability, unemployment, relocation, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo le ha estado brindando a esta persona el apoyo descrito aquí?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(en meses)

**How long have you been providing this individual the support described here?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(In months)

**Esta persona no tiene otros medios de apoyo financiero, aparte de los que he descrito aquí. Certifico que toda la información que brindé es verdadera. Por lo tanto, autorizo a Mental Health Emergency Center a verificar cualquier información que brindé.**

**This individual has no financial means of support other than the support that I have described here. I certify that all the information I provided is true. Therefore, I authorize Mental Health Emergency Center to verify any information I provided.**

Nombre de la persona que brinda apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supporter Name Nombre Segundo nombre Apellido Relación con el solicitante

 First Middle Last Relationship to Applicant

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address Número y calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Number & Street City State Zip Code Phone Number

Firma de la persona que brinda apoyo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supporter’s Signature: Date:

Entiendo que mi firma no me hace responsable de las deudas de la persona a la que brindo apoyo financiero como declaré en esta carta.

I understand that my signature does not make me liable or responsible for the debts of the individual I support as stated in this letter.

Su firma debe ser validada por un notario público nombrado actualmente en el estado de Wisconsin. Ambos, la firma y el sello son obligatorios.

Your signature must be validated by a currently commissioned Notary Public in the State of Wisconsin. Both Signature and seal are required.

Attested before me on this\_\_\_\_\_\_\_\_\_day of \_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_at\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, County of\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Wisconsin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEAL

Signature of Notary

My Commission Expires \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Impreso del sitio web

Printed from website