

Use un bolígrafo de tinta **NEGRA**
solamente

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor complete la solicitud de la mejor forma y de la manera más precisa posible y regrésela dentro de diez días laborables. Esto nos ayudará a responder a su solicitud lo más pronto posible. Si desea presentar información adicional de cualquier índole que considere que nos ayudará a entender mejor su situación, por favor adjunte una carta a esta solicitud. Para cualquier pregunta, llame al 812-450-6815.

USTED TAMBIÉN DEBE PRESENTAR PRUEBA DE LOS INGRESOS FAMILIARES. ESTO PUEDE SER EN LA FORMA DE:

1. **LOS CUATRO (4) COMPROBANTES DE PAGO MÀS RECIENTES**
2. **LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (1040) DEL AÑO PASADO Y CUALQUIER ANEXO**
3. **CARTA DE INGRESOS DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL O 1099 (NO SE NECESITAN LOS ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR CON LETRA DE MOLDE)

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil C S V D	Sexo M F	Número de Teléfono
Dirección Postal			Ciudad		Estado	Código Postal
Número del Seguro Social	Ocupación	Empleador	¿Cuánto tiempo?	TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/>	¿Cuántas horas/semanas?	
Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Correro Electrónico:

Nombre		Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil C S V D	Sexo M F	Número de Teléfono
Dirección Postal			Ciudad		Estado	Código Postal
Número del Seguro Social	Ocupación	Empleador	¿Cuánto tiempo?	TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/>	¿Cuántas horas/semanas?	
Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono	

INFORMACIÓN DEL CONYUGE DE LA

PERSONA RESPONSABLE

Nombre del Cónyuge			Fecha de Nacimiento	Sexo M F		
Número del Seguro Social	Ocupación	Empleador	¿Cuánto tiempo?	TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/>	¿Cuántas horas/semanas?	
Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono	

PERSONAS A CARGO (Cualquiera persona que vive en la casa)

Nombre	Edad	parentesco	Nombre	Edad	Parentesco
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

BIENES

cantidad en dólares:

Dinero en Efectivo	_____	
Cuenta de Ahorro	_____	
Cuenta Corriente	_____	
C.D.'s (certificados de depósito)	_____	
Títulos	_____	
Seguro de Vida	_____	
Valor de su Vivienda	_____	
Otras Propiedades	_____	
Otro	_____	
TOTAL	_____	
Información de su Vehículo.		
Marca	Año	Precio
1.		
2.		
3.		

INGRESO BRUTO MENSUAL
(Se necesita verificar los Ingresos)

Solicitante	_____
Conyuge del Solicitante	_____
Seguro Social	_____
Jubilación de Veteranos	_____
Jubilación	_____
Beneficio por Desempleo	_____
Indemnización Laboral	_____
Ingresos por Concepto de Intereses	_____
Ingresos por Concepto de Dividendos	_____
Manutención Infantil	_____
Pensión Conyugal	_____
Ingresos por Propiedades Alquiladas	_____
Cupones de Alimentos	_____
Otro	_____
Otro	_____
TOTAL	_____

ACUERDOS FINANCIEROS

Seguros	_____
Herencias	_____
Otra	_____
TOTAL	_____

Comentarios: _____

DEUDAS

cantidad en dólares:

Saldo del Préstamo Hipotecario	_____
Saldo del Préstamo del Automóvil	_____
Saldo de las Tarjetas de Crédito:	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
Otras Deudas:	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TOTAL	_____

PAGOS MENSUALES

Hipoteca (PITI) (PITI: Sigla en inglés para referirse al total de su cuota mensual de pago sobre el préstamo hipotecario)	_____
Pago por Alquiler de Vivienda	_____
Pago por la Energía Eléctrica	_____
Pago por el Gas Natural	_____
Pago por el Teléfono / Celular	_____
Pago por el Agua	_____
Pago por la Televisión por Cable	_____
Alimentos	_____
Muebles	_____
Pago del Auto	_____
Ropa	_____
Pago por la Guardería Infantil	_____
Manutención Infantil	_____
Pensión Conyugal	_____
Tarjetas de Crédito:	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
Pagos por Facturas Médicas:	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
Seguros:	
Auto	_____
Vivienda	_____
Médico	_____
Pago de Préstamos	
1.	_____
2.	_____
TOTAL	_____

Yo, (su nombre) _____, declaro solemnemente que la información incluida en esta solicitud es cierta y fidedigna según mi leal saber y entender. Usted está autorizado a revisar mi historial de crédito y empleo.

Fecha _____

Firma del Paciente, Padre, Cónyuge o Representante Legal

Asesores Financieros, RM 1997 600 Mary Street Evansville, IN 47747