

# Family Wellness

## FINANCIAL AID Request Form

Nueva aplicación

Renovación



Sección 1

Nombre del Solicitante Principal: \_\_\_\_\_ ¿Cliente de All Faiths? Sí  No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

¿Otro nombre(s) usados en los 10 años pasados? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo vivido allí? \_\_\_\_\_

Número mejor de teléfono: \_\_\_\_\_ dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)  Asociación domestica  Divorciado(a)  Separado(a)

Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Puede alguien reclamarlo como dependiente? Sí  No

Sección 2

Por favor enumere los nombres y fechas de nacimiento de sus dependientes:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Cliente de All Faiths? Sí  No

¿Es usted el guardián legal? Sí  No  Custodia: Completo  Adoptivo  Compartida  Visitación  Abuelo(a)

¿Esta persona vive en su casa? Sí  No  ¿Esta persona ayuda con los gastos del hogar? Sí  No

---

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Cliente de All Faiths? Sí  No

¿Es usted el guardián legal? Sí  No  Custodia: Completo  Adoptivo  Compartida  Visitación  Abuelo(a)

¿Esta persona vive en su casa? Sí  No  ¿Esta persona ayuda con los gastos del hogar? Sí  No

---

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Cliente de All Faiths? Sí  No

¿Es usted el guardián legal? Sí  No  Custodia: Completo  Adoptivo  Compartida  Visitación  Abuelo(a)

¿Esta persona vive en su casa? Sí  No  ¿Esta persona ayuda con los gastos del hogar? Sí  No

---

4. Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Cliente de All Faiths? Sí  No

¿Es usted el guardián legal? Sí  No  Custodia: Completo  Adoptivo  Compartida  Visitación  Abuelo(a)

¿Esta persona vive en su casa? Sí  No  ¿Esta persona ayuda con los gastos del hogar? Sí  No

---

5. Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Cliente de All Faiths? Sí  No

¿Es usted el guardián legal? Sí  No  Custodia: Completo  Adoptivo  Compartida  Visitación  Abuelo(a)

¿Esta persona vive en su casa? Sí  No  ¿Esta persona ayuda con los gastos del hogar? Sí  No

---

6. Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Cliente de All Faiths? Sí  No

¿Es usted el guardián legal? Sí  No  Custodia: Completo  Adoptivo  Compartida  Visitación  Abuelo(a)

¿Esta persona vive en su casa? Sí  No  ¿Esta persona ayuda con los gastos del hogar? Sí  No

¿CYDF / la policía/la clínica de la corte está involucrado con usted o sus hijos/dependientes? Sí  No

¿Preguntas? Llame al 505-271-0329 o email FWFA@allfaiths.org

## Sección 3

Esta usted: Empleado  Desempleado  Estudiante  Salario/Tarifa por Hora: \$ \_\_\_\_\_

Esposo/a Socio domestico: Empleado  Desempleado  Salario/Tarifa por Hora: \$ \_\_\_\_\_

Su empleador y posición: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo en esta posición? \_\_\_\_\_

Si recibe asistencia financiera de préstamos o familia, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Cantidad/Frecuencia de los pagos de manutención infantil: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ ¿Paga  ¿Recibe

¿Usted o uno de sus dependientes recibe SSA? Yes  No  ¿Cantidad por mes? \$ \_\_\_\_\_

¿Usted o uno de sus dependientes recibe SSI? Yes  No  ¿Cantidad por mes? \$ \_\_\_\_\_

Si no puede proporcionar prueba de ingresos, calcule cuánto gana por semana cada miembro del hogar que trabaja (incluya propinas) : Su \$ \_\_\_\_\_ Esposo/a \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene ingresos de otras fuentes (alquileres o jubilación)? ¿Cómo cuanto? \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Ingreso familiar anual antes de impuestos (para todos los adultos en el hogar): \$ \_\_\_\_\_

## Sección 4

¿Tiene usted seguro médico? Sí  No  Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del miembro primario: \_\_\_\_\_

Número de identificación de seguro \_\_\_\_\_ Copago de visita a la oficina: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuál es su deducible anual? \$ \_\_\_\_\_ ¿Ha cumplido su deducible? Sí  No

¿Esta All Faiths (y el medico que ve) dentro de la red con su seguro? Si  No  Desconocido

## Sección 5

¿Es elegible para beneficios públicos como Medicaid? Sí  No  Pendiente

¿Ha solicitado Medicaid? Si  No  Planificación Familiar  Copagos de Medicare

¿Sus dependientes tienen Medicaid? Si  No  No Aplica

¿Recibe asistencia para: Vivienda  Alimentos/Snap  Agua/Utilidades  Monetaria

## Sección 6

¿Han sido usted o sus dependientes víctimas de un crimen? Sí  No

¿Ha aplicado para VOCA (Comisión de reparación de Víctimas del Crimen)? Sí  No  No Aplica

## Sección 7

Información adicional que le gustaría que tomemos en consideración \_\_\_\_\_

*Al firmar abajo, usted certifica que toda la información provista en esta solicitud es correcta a su conocimiento.*

Imprima su nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Family Wellness **Solicitud de ayuda financier** **INSTRUCCIONES**



**Para procesar su solicitud, debemos recibir lo siguiente documentación:**

1. Su ingreso mensual puede ser verificado de las siguientes maneras:
  - los dos talones de cheques más recientes de tu trabajo
  - los dos talones de cheques más recientes del trabajo de su cónyuge (si estás casado)
  - Otro comprobante de ingresos como estados de cuenta SSI o estados de cuenta bancarios
  - Carta del empleador que enumera los ingresos por semana (solo si usted no recibe talones de
2. Prueba de los ingresos anuales del hogar y número de dependientes:
  - Mayo a Diciembre - la declaración de impuestos completad del año más reciente
  - De Enero a Abril - declaración de impuestos completad del año anterior junto con W2(s) actual(es).
3. Verificación de identidad:
  - Licencia de conducir, pasaporte, identificación escolar, otra identificación con foto
4. Prueba de cobertura de seguro:
  - Su tarjeta de seguro, si está asegurado, o carta de la compañía de seguros que confirme la cobertura

Si no puede proporcionar la documentación anterior, díganos por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se puede enviar documentación adicional por correo electrónico a [FWFA@allfaiths.org](mailto:FWFA@allfaiths.org)

### Para Uso de Departamento de Finanzas Solamente

Date Received: \_\_\_\_\_ Date Documents Received: \_\_\_\_\_

Approved  Denied  Coverage level: \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_\_

If Denied, why? \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_ Approved by: \_\_\_\_\_ Date Finalized: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

- La asistencia financiera está disponible a través de subvenciones de nuestros socios comunitarios. El financiamiento es limitado, por lo tanto, moderamos su uso para las familias que más lo necesitan
- Ciudadanía o residencia NO afecta la elegibilidad
- La asistencia está determinada por los ingresos de su hogar y el tamaño de la familia. Usamos una escala para determinar su nivel de cobertura. Puede estar entre 10 y 100%.
- La asistencia se puede usar para cubrir sus gastos de bolsillo, como los copagos y deducibles de seguros comerciales. La asistencia solo se puede aplicar a gastos de bolsillo después de que se haya facturado su seguro.
- Las aplicaciones completadas pueden devolverse a la recepción o enviarse por correo al Departamento de Finanzas a: 1709 Moon St NE, Attn: Finance Department, Albuquerque, NM 87112 o por correo electrónico a [FWFA@allfaiths.org](mailto:FWFA@allfaiths.org).
- Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Sin embargo, All Faiths entiende que circunstancias especiales pueden impedirle proporcionar toda la documentación solicitada. Estas circunstancias deben estar documentadas en su aplicación.
- Las preguntas con respecto a la cobertura deben dirigirse a nuestro Departamento de Finanzas al 505-271-0329.
- Las aplicaciones suelen tardar de 3 a 7 días en procesarse. Se contactará a los clientes cuando se complete el procesamiento.
- Toda la información y documentación provista se mantendrá confidencial.
- La asistencia puede ser retroactiva a 6 meses.

## INSTRUCCIONES

### Sección 1 – Demografía

- Se necesita el nombre completo, la fecha de nacimiento y el número de seguro social del solicitante principal.
- Si tienes más de 18 años pero sigues en la escuela o vives con tus padres o tutor, marca la casilla que indica que eres dependiente de alguien. Enumere el ingreso anual de sus padres y el suyo en la sección 3.

### Sección 2 – Dependientes

- Haga una lista de todos los dependientes que viven en su hogar. Los nietos deben incluirse si usted es su principal fuente de apoyo.
- Los hijos adultos que son estudiantes deben estar en la lista si usted los está apoyando.

### Sección 3 – Empleo e ingresos

- La aplicación se considera incompleta si los ingresos de su esposo/a o pareja doméstica no están incluidos
- SSI es un ingreso de seguridad suplementario

### Sección 4 – Cobertura de seguro

- Toda la información de su seguro necesita estar incluido para que podamos maximizar sus opciones de cobertura.
- Su cobertura de seguro no afectará su elegibilidad.

### Sección 5 – Beneficios Públicos

- Asistencia pública de vivienda o WIC y SNAP no afectará su elegibilidad para recibir asistencia financiera
- Prestamos de estudiantes se tomarán en cuenta con sus finanzas, pero no afectará su elegibilidad

### Sección 6 – Víctimas de Crimen

- La comisión de Reparación de Víctimas de un Crimen es una herramienta de apoyo financiero útil para quienes califican. Si cree que usted o su dependiente pueden calificar, solicite a la recepción un cuestionario y aplicación de CVRC/VOCA.
- Si califica para la asistencia de CVRC/VOCA, esta forma de financiación se utilizará antes de nuestros fondos de asistencia de Family Wellness.

### Sección 7 – Información Adicional

- Añote cualquier circunstancia especial que crea que podría afectar su aplicación.

### Sección 8 – Documentación

- Las aplicaciones no se procesarán si falta documentación o esta es incompleta.
- Si los talones de cheques o otra información no está disponible, otra documentación será aceptada dependiendo de cada caso.
- Si no puede proveer toda la documentación solicitada, explique por qué en esta sección.