



Fiador / Cuenta #:

Solicitud de Asistencia Financiera - Declaración de vivienda

Si el aplicante primario y/o miembros de la familia viviendo en el mismo hogar están solicitando asistencia financiera de North Memorial Health (NMH) y no hay ingreso que reportar en la solicitud de asistencia financiera, una declaración de vivienda de apoyo tiene que ser completado y adjuntado con la aplicación de asistencia financiera. Por favor complétala y devuélvala con la solicitud de asistencia financiera.

1. APLICANTE PRIMARIO: como se muestra en la Solicitud de Asistencia Financiera. Todas las cajas tienen que ser llenadas.

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Marital
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Seguridad Social		Teléfono Particular		Otro teléfono

2. DECLARACION DEL APLICANTE PRIMARIO:

Yo (nosotros) no tengo ingreso que reportar en la solicitud de asistencia financiero, y (por favor indica uno de lo siguiente):

Yo (nosotros) proveo comida y hogar de los activos que estén alistados en la solicitud de asistencia financiera.

Pásese a la sección #4.

Otra persona o personas proveen comida y hogar. Completa la sección #3.

3. LA PERSONA QUE PROVEE HOGAR:

El aplicante primario y los miembros de la familia viviendo en el hogar del aplicante primario (si hay), están actualmente desempleados y yo proveo los medios de su apoyo. Viven conmigo en:

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Numero del teléfono: _____

Relación al Aplicante Primario: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

4. FIRMA DEL APLICANTE PRIMARIO:

Reconozco que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la mala representación de la información en esta solicitud podría resultar en el rechazo de la solicitud de asistencia financiera.

FECHA:	FIRMA DEL APLICANTE PRIMARIO: X
---------------	--

Si necesita asistencia para completar la solicitud, comuníquese con el número de teléfono apropiado a continuación:

North Memorial Health/Maple Grove Hospital
(763)581-4980 or (866) 358-2644

North Memorial Transportation
(763)581-9930 or (800)535-6720