

## Family Service of Rhode Island

### SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Favor devuelva la solicitud completa y los documentos de apoyo a:

Family Service of Rhode Island, Inc.  
Apartado postal 6688  
Providencia, Rhode Island 02940-6688

Horarios de oficinas: 8 am – 4:30 pm  
Días hábiles: Lunes - Viernes  
Número de teléfono: 401-277-3362  
Correo electrónico: AR@familyserviceri.org

#### La Solicitud de Asistencia Financiera Incluye Lista de Documentos Requeridos

"Es la política de Family Service of Rhode Island (FSRI) asegurar que todas las personas y familias tengan acceso a la atención y que no se les niegue un servicio en su Clínica Comunitaria de Salud Conductual Certificada (CCBHC) debido a su capacidad de pago, incluyendo los servicios de nuestras Organizaciones Colaboradoras Designadas (DCO).

Para ser considerado, por favor, complete esta solicitud para ayudar a FSRI a determinar si califica para recibir asistencia financiera o nuestro descuento de tarifa variable. Incluso si se presenta la solicitud, no podemos garantizar que calificará. Se proporcionará a todos los clientes una respuesta por escrito, notificando la aprobación o la denegación, una vez que recibamos su solicitud completa y la documentación.

Puede enviar la solicitud completa, firmada y fechada por correo postal o por correo electrónico.

- Una solicitud completa debe incluir la fecha y la firma del solicitante.
- No hay plazos obligatorios para presentar la solicitud.
- Además de la solicitud, proporcione documentación de prueba de ingresos tanto para usted como para su cónyuge/pareja (si está casado, en unión civil o pareja de hecho). Esta documentación será mediante recibos de pago (los dos más recientes) o **la declaración de impuestos federales** (del año anterior).
- Los documentos faltantes o no adjuntos pueden causar un retraso o la denegación de la asistencia financiera.
- Consulte nuestra Política de Asistencia Financiera para obtener detalles adicionales.

## Family Service of Rhode Island

### SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

#### Información del Cliente

Nombre del Cliente		Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Dirección:		Ciudad		Estado	Código Postal
Número de teléfono	Numero de Celular	Correo electrónico			
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Correo e. <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Celular				Ingresos anuales del hogar: \$ _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Solero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho				Número de personas en su hogar (como se informó en su declaración de impuestos):	
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado/a-Última fecha trabajada: _____					
Nombre del empleador			Número de Teléfono		
Dirección del empleador		Ciudad		Estado	Código Postal

#### Cónyuge/Pareja de hecho/P/Garante Information

Relación al cliente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro/a: _____					
Nombre		Número de la Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Por cuenta propia cuenta <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado-Última fecha trabajada					
Nombre del empleador			Número de Teléfono		
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	

## Family Service of Rhode Island

### SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

#### Cobertura de seguro

¿Es elegible para alguna cobertura de seguro de salud?  Sí  No

Si su respuesta es sí, proporcione lo siguiente:

Titular de la póliza	Compañía de seguro	Numero de póliza
Titular de la póliza	Compañía de seguro	Numero de póliza

#### Información de Ingresos y Gastos

Ingresos Mensuales (Actuales)	Cliente /Garante	Cónyuge/pareja	Total
Ingreso bruto	\$	\$	\$
Gastos Mensuales Esenciales de Manutención	Cliente /Garante	Cónyuge/pareja	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Mantenimiento del hogar, limpieza y artículos domésticos	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Ropa y lavandería	\$	\$	\$
Gastos médicos y dentales	\$	\$	\$
Pensión alimenticia / Manutención de menores	\$	\$	\$
Transporte y automóvil (seguro, gasolina, reparaciones, arrendamiento)	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/Cuidado de niños (dependientes menores)	\$	\$	\$
Alimentos	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos extraordinarios	\$	\$	\$
<b>Total de gastos mensuales</b>	\$	\$	\$
Deuda Médica (Actual)	Cliente /Garante	Cónyuge/pareja	Total
Deuda médica pendiente	\$	\$	\$
Otra deuda médica	\$	\$	\$

**Family Service of Rhode Island**

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Certifico que la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Acepto solicitar cualquier asistencia local, estatal y federal para la cual pueda ser elegible, a fin de aliviar el costo de cualquier factura de servicios profesionales. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por la Agencia y los autorizo a contactar a terceros para verificar la exactitud de los datos provistos en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporcioné información incorrecta o si la solicitud contiene un error u omisión material, ya no seré elegible para recibir asistencia financiera. Si la asistencia financiera me fue otorgada previamente, esta puede ser revertida en ese momento, y seré responsable por el saldo pendiente.

Firma del solicitante de asistencia financiera

Fecha

Firma del cónyuge/pareja de hecho/fiador (si aplica)

Fecha