

# JPS Health Network

## Solicitud para el Programa de JPS Connection

5/24/10

\*Debe proveer prueba de residencia (ejemplo - recibos de servicios públicos, contrato de renta)

Nombre: _____			Nombre de soltera: _____		
(Apellido)	(Primero)	(Segundo)	Por favor marque su contacto principal		
Domicilio: _____			<input type="checkbox"/> Alquila	<input type="checkbox"/> Celular #: _____	
(Calle)	(No. Apto)	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	(Condado)
Correo electrónico: _____			<input type="checkbox"/> Propietario/a <input type="checkbox"/> Casa #: _____		
Fecha de Nacimiento: _____			Número de Seguro Social: _____		
Lugar de Nacimiento: _____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a ** (si está casado/a se requiere la firma del esposo/a)					
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afro-Americana <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa Americana <input type="checkbox"/> Otra _____					
Idioma primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____					
¿Ha recibido servicios médicos a través JPS Health Network? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

### Enumere los nombres de cada persona que vive en el hogar (de ser necesario adhiera hojas adicionales)

\*Debe proveer copias de documentos de identificación como permiso para conducir o acta de nacimiento y tarjetas/números de seguro social

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Empleado/a	Ciudadano/a o Residente Permanente de EEUU	¿Está alguna de estas personas interesada en aplicar también para este programa?
1)				Y / N		Y / N
2)				Y / N		Y / N
3)				Y / N		Y / N
4)				Y / N		Y / N

### Información de Ingresos y Bienes – Necesario para cada adulto miembro del hogar

\* Debe proveer prueba de ingresos y bienes (ejemplo – cuatro talones de cheque actuales, estado de cuenta bancaria, declaración de impuestos más reciente, carta de beneficios). La información de ingresos y bienes no es necesaria para padres de un hijo adulto que está aplicando para JPS Connection si los padres no están aplicando para cobertura de JPS Connection

Anote todos los nombres de las personas adultas que viven en su casa	1)	2)	3)
<b>Ingresos Mensuales</b>			
Nombre del empleador			
Domicilio del empleador			
Ciudad, Estado y Zona postal del empleador			
Número telefónico del empleador			
¿Está cubierto/a por el seguro de salud del empleador? (Si/No)			
Ingresos de empleo -mensual	\$	\$	\$
Ingresos si trabaja por su cuenta	\$	\$	\$
Desempleo / Compensación del Trabajador	\$	\$	\$
Manutención de Niños / Pensión alimenticia	\$	\$	\$
Pensiones / Jubilación	\$	\$	\$
Seguro social (SSI) (Discapacidad)	\$	\$	\$
Beneficios del Adm. de Veteranos	\$	\$	\$
Última declaración de impuestos			
Salario bruto sujeto a impuestos por declaración de impuestos	\$	\$	\$
<b>Valor de Posesiones</b>			
Propiedades – valor de la casa, terreno, edificios	\$	\$	\$
Automóvil – Año/Marca/Modelo	\$	\$	\$
Nombre(s) del(los) banco(s)			
Estados de cuentas bancarias	\$	\$	\$
IRA/Inversiones	\$	\$	\$
<b>Gastos Principales - Mensuales</b>			
Pagos de hipoteca/renta	\$	\$	\$
Manutención de niños / pensión alimenticia			
Pago de automóvil (si aplica)	\$	\$	\$
Pagos de otros préstamos	\$	\$	\$

“Entiendo que si alguien miente o tergiversa la verdad intencionalmente o hace arreglos para que alguien mienta o tergiversa la verdad intencionalmente al llenar esta solicitud está cometiendo un crimen que puede ser castigado por leyes federales y/o leyes estatales. “Hasta donde yo sé, toda la información de esta solicitud es verdadera.” Si en cualquier momento se descubre información falsa, las sanciones incluyen pero no se limitan a pérdida de mis beneficios e inhabilidad para volver a aplicar para el Programa JPS Connection por no menos de un período de noventa (90) días. Autorizo a JPS Health Network a solicitar un reporte de crédito para hacer una determinación preliminar sobre si cumplo o no con los requisitos para el programa JPS Connection. También comprendo que cualquier aprobación será condicional basada en la información de mi reporte de crédito.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*Firma del esposo/a o co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se requiere la firma del esposo/a para completar la evaluación, aunque el esposo/a no este solicitando asistencia por el momento.