

Aplicación del Programa de Asistencia de la Comunidad
COULEE MEDICAL CENTER
411 Fortuyn Road, Grand Coulee, WA 99133-8718

Información del Solicitante

Nombre: _____		Otros nombres: _____	
Fecha de nacimiento: _____	SSN: _____	Teléfono: _____	
Dirección actual: _____	¿Es usted propietario de su casa, o se renta? _____		
Cuidad: _____	Estado: _____		
Código postal: _____	Cuanto tiempo en esta dirección? _____ la hipoteca mensual / la renta mensual: _____		
¿Circunstancias especiales de asistencia financiera? _____			

Información de Hogar

Lista de nombres de todos los dependientes que viven en esta dirección actualmente

Nombre	Relación	Edad
_____	_____	_____

Información de Empleo Domestico

Nombre	Empleador/teléfono	Salario
_____	_____	_____

Información de Recursos

Fuente	Cantidad
De todo los empleos: _____	
Cuentas bancarias: _____	
Otros: _____	

Documentos para incluir con la aplicación

Copias de los últimos tres talones de cheques
Copia del último formulario W-2, o copia de declaración de impuestos, presentada al gobierno conjuntamente o individualmente
Copia de la carta de aprobación o denegación del DSHS

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si hay preguntas por favor llame el número 509-633-6354. Si usted necesita un traductor, por favor informa a consejero financiero.