



CLARITY CARES APLICACIÓN

Financiamiento disponible para residentes y empleados en el condado de Greenville, que cualifican.

Nota: Por favor de remitir prueba de ingresos de los últimos 2 meses (comprobantes de cheque, estados de cuenta bancarios, etc.) y copias de sus impuestos del año pasado.

Servicio: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente:

Número de teléfono: _____ (casa) _____ (celular) _____ (otro)

Dirección de casa:

(calle, ciudad, estado, código postal)

Nombre del solicitante (padre, guardián, cliente):

Número de teléfono: _____ (casa) _____ (celular) _____ (otro)

Dirección de casa:

(calle, ciudad, estado, código postal)

INGRESOS:

Lugar de empleo: _____

Lugar de empleo (2): _____

Lugar de empleo de su esposo(a): _____

Ganancias Reportada (menos Estado y Federal)

Ingresos mensuales: _____

Ingresos mensuales: _____

Ingresos mensuales: _____

Otros ingresos: _____

Total: _____

Dependientes en el hogar:

Nombre	Edad	Relación al paciente	Complicaciones de salud

Gastos	Pagos mensuales	Plazo del préstamo
Casa(s): Dirección: _____ Dirección: _____	\$ \$	
Carro(s): Modelo: _____ año: _____ Modelo: _____ año: _____ Modelo: _____ año: _____	\$ \$ \$	
Seguro Medico:	\$	
Tarjeta(s) de crédito:	\$	
Utilidades (teléfono, energía, etc.):	\$ \$ \$ \$	
Donaciones:	\$	
Gastos familiares:	\$ \$	
Otro:	\$	

Gracias por su interés en el programa. Favor de completar las páginas adjuntas y mandarlos por fax o correo. También los puedes dejar en nuestras oficinas

¿Usted presentó impuestos el año pasado? *Si es así, por favor incluya la declaración de impuestos con el paquete.

Si no, favor de explicar:

Marque todo lo que corresponda:

- Estoy discapacitado por el estado **(Si es así, favor de incluir prueba)*
- Yo, o mi pareja, estamos sin trabajar
- No tengo cuenta de banco

Si marcaste alguna de las respuestas arriba, favor de explicar:

Reconozco que toda la información proporcionada es verdad y correcta.

Firma: _____

Fecha: _____