

Para considerar renovar a su hijo para el programa de ayuda económica, debe completar este formulario en su totalidad. Esta información confidencial se mantendrá privada, y se utilizará únicamente para determinar su elegibilidad para el programa. Conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. El formulario debe estar firmado por un adulto (padres o fiador). Además, debe presentar los formularios **de impuestos federales IRS 1040 y el formulario D-400 de impuestos del estado de Carolina del Norte** más recientes. Si son muy largas, sólo envíe las dos primeras páginas de cada una. Si usted no presentó sus impuestos el año pasado, por favor llámenos.

### Información demográfica

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Núm. de expediente médico de UNC (MRN): \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Nombre del 2.º niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Núm. de expediente médico de UNC (MRN): \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Parent #2 Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular(es): \_\_\_\_\_  
 Correo(s) electrónico(s): \_\_\_\_\_  
 Nombre del fiador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Vive el niño con el fiador? Yes No

### Empleo

Empleador del padre: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Empleador de la madre: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
 Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Familia

Número de personas en la casa (dependientes), incluyendo a los padres: \_\_\_\_\_  
 Nombre del hermano #1: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Nombre del hermano #2: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Nombre del hermano #3: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Nombre del hermano #4: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

### Ingresos anuales

Ingresos del padre: \_\_\_\_\_  
 Ingresos de la madre: \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos anuales (explique): \_\_\_\_\_  
 Ingresos misceláneos o únicos (explique): \_\_\_\_\_  
 Ingresos anuales totales: \_\_\_\_\_

### Casa y bienes inmuebles

¿Es dueño de su casa o renta? Dueño: Renta:  
Saldo de hipoteca: \_\_\_\_\_ Prestamista: \_\_\_\_\_  
¿Es dueño de otros bienes inmuebles? Si: No:  
Si contesto que sí, describa: \_\_\_\_\_

### Gastos anuales

Renta o hipoteca (mensualmente \_\_\_\_\_ por 12) Total: \_\_\_\_\_  
Servicios (luz, agua, internet, teléfonos): \_\_\_\_\_  
Mantenimiento vehicular y cuotas por año: \_\_\_\_\_  
Gastos médicos (del año pasado): \_\_\_\_\_  
Pago de deuda médica mensual ( \_\_\_\_\_ por 12) Total: \_\_\_\_\_  
Saldo de deuda médica: \_\_\_\_\_

### Seguro de gastos médicos

Seguro médico (cuota por año): \_\_\_\_\_  
Deducible del seguro médico por año: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_  
Nombre del subscriptor: \_\_\_\_\_  
¿Esta cubierto el niño? Si: No: Número de ID del asegurado: \_\_\_\_\_

### Comentarios (Cualquier otra información que desee proporcionar sobre su necesidad de ayuda financiera.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, usted certifica que sus respuestas son verdaderas hasta donde usted sabe. Además, comprende que proporcionar información fraudulenta o engañosa lo descalificará para cualquier ayuda financiera. Nos reservamos el derecho de contactar a su empleador o a otros proveedores de información financiera.

Dirija todas las preguntas relacionadas con esta solicitud a:  
cccdpgrant@unhealth.unc.edu  
Phone: (919) 419-1449