



**APPLICATION FOR FEE SUBSIDY
(SOLICITUD DE SUBSIDIO)**

SOLAMENTE PARA EL USO DE FSRV:

DATE: _____ FSRV CLIENT ID: _____ Employee Initials: _____

AGI: _____ SS FEE AMOUNT: _____

Por favor responda todas las preguntas.

Si necesita mas espacio, use la parte posterior del documento. Si el formulario esta incompleto, se le cobrara al cliente el monto completo de la sesion hasta que la informacion necesaria sea recibida por el departamento de facturacion.

INFORMACION DEL CLIENTE

NOMBRE: _____
Apellidos
Nombres

DIRECCION/DOMICILIO: _____

CIUDAD/ESTADO: _____ **CODIGO POSTAL:** _____

INDIQUE TODOS SUS EMPLEADORES POR LOS ULTIMOS DOS (2) AÑOS:

FECHAS: _____

SUPERVISOR: _____ **CIUDAD & ESTADO:** _____

FECHAS: _____

SUPERVISOR: _____ **CIUDAD & ESTADO:** _____

FECHAS: _____

SUPERVISOR: _____ **CIUDAD & ESTADO:** _____

FECHAS: _____

SUPERVISOR: _____ **CIUDAD & ESTADO:** _____

INFORMACION SOBRE EL HOGAR

*Los clientes mayores de 18 o mas años solo deben considerar a su esposo/a o dependientes.

NUMERO DE INTEGRANTES EN EL HOGAR (18 AÑOS O MAS): _____

NUMERO DE INTEGRANTES EN EL HOGAR (MENORES DE 18): _____

Algun miembro en su hogar recibe ingresos de uno o mas de los siguientes?

POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.

- Empleo
 Jubilacion
 Desempleo
 Otro
 SSI
 SSA
 Dicapacidad
 Manutencion infantil
 Pension conyugal

Por favor indique a continuacion todos los miembros de su hogar:

NOMBRE (Apellidos, Nombres)	RELACION CON CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	TRABAJA	
			SI	NO

Por favor indique a continuacion todos los ingresos en su hogar (un miembro del hogar puede contar con multiples ingresos):

PERSONA CON INGRESOS (Apellidos, Nombres)	TIPO DE INGRESOS	HORAS DE TRABAJO	FRECUENCIA DE INGRESOS	CANTIDAD NETA (antes de impuestos)

COMPROBANTES DE INGRESO ACEPTADOS (por lo menos uno de los siguientes documentos deben entregarse junto a la solicitud)

- Dos (2) comprobantes de pagos salariales consecutivos (*paystubs*)
- Declaracion de impuestos del año pasado, si es trabajador independiente
- Orden judicial, detallando el monto de manutencion de hijos
- Una (1) carta de beneficios, si recibe de SSI, SSA, or Disability
- Dos (2) estados de cuenta bancarios
- Carta del empleador del adulto responsable mostrando el salario y la cantidad de horas trabajadas.

Si no posee ninguno de los comprobantes indicados anteriormente y no recibe ningun tipo de ingresos, usted necesitara proveer a Family Service of Roanoke Valley con un documento firmado por la persona que le apoya financieramente.

AUTORIZACION PARA LA OBTENCION DE INFORMACION

Yo autorizo a Family Service of Roanoke Valley para obtener y usar cualquier verificacion necesaria para determinar y revisar mi elegibilidad financiera. Esta autorizacion es valida por un año a partir de la fecha indicada en mi firma al final de este documento. Tengo en cuenta que este plazo no se aplica mientras mi caso continúe abierto.

Por la presente, yo solicito el subsidio de cobros por servicios profesionales por los cuales yo soy responsable. Yo certifico que la informacion proveida en esta solicitud es verdadera y correcta, y notificare a la agencia si hay algun cambio en la informacion dada dentro del plazo de diez (10) dias de dicho cambio. Entiendo que el proveer informacion falsa, o la falta de avisar a la agencia sobre algun cambio, puede resultar en la inelegibilidad para futuros servicios.

Firma del Cliente/Rep: _____

Fecha: _____

Representante de FSRV: _____

Fecha: _____