



SOLICITUD DE TARJETA DE SALUD W.V.H.A.

Teléfono: 386-232-2055

DELTONA: THE HOUSE NEXT DOOR
840 DELTONA BLVD Suite K (JUSTIN SQUARE)
**LUNES – JUEVES 9:00am-5:00pm*
**VIERNES 9:00am-2:00pm*
POR CITA SOLAMENTE

TRISH BRITO GRAW..... ext 1122
TBRITO-GRAW@THEHND.COM

ANGELICA GONZALEZ..... ext 3206
AGONZALEZ@THEHND.COM

DELAND: THE HOUSE NEXT DOOR
114 S. ALABAMA AVE. DELAND 32720
**LUNES - JUEVES 9:00am-5:00pm*
**VIERNES 9:00am-2:00pm*
POR CITA SOLAMENTE

MARISOL ESTRADA..... ext 1109
MESTRADA@THEHND.COM

PORFAVOR APLIQUE PARA LA “LEY DE CUIDADO DE SALUD” ACA (OBAMA CARE) Y TRAER LOS RESULTADOS CON USTED PARA QUE EL PROCESO SEA EXPEDITO. ES UN REQUERIMIENTO PARA ESTA SOLICITUD.

WWW.CUIDADODESALUD.GOV
(800)318-2596

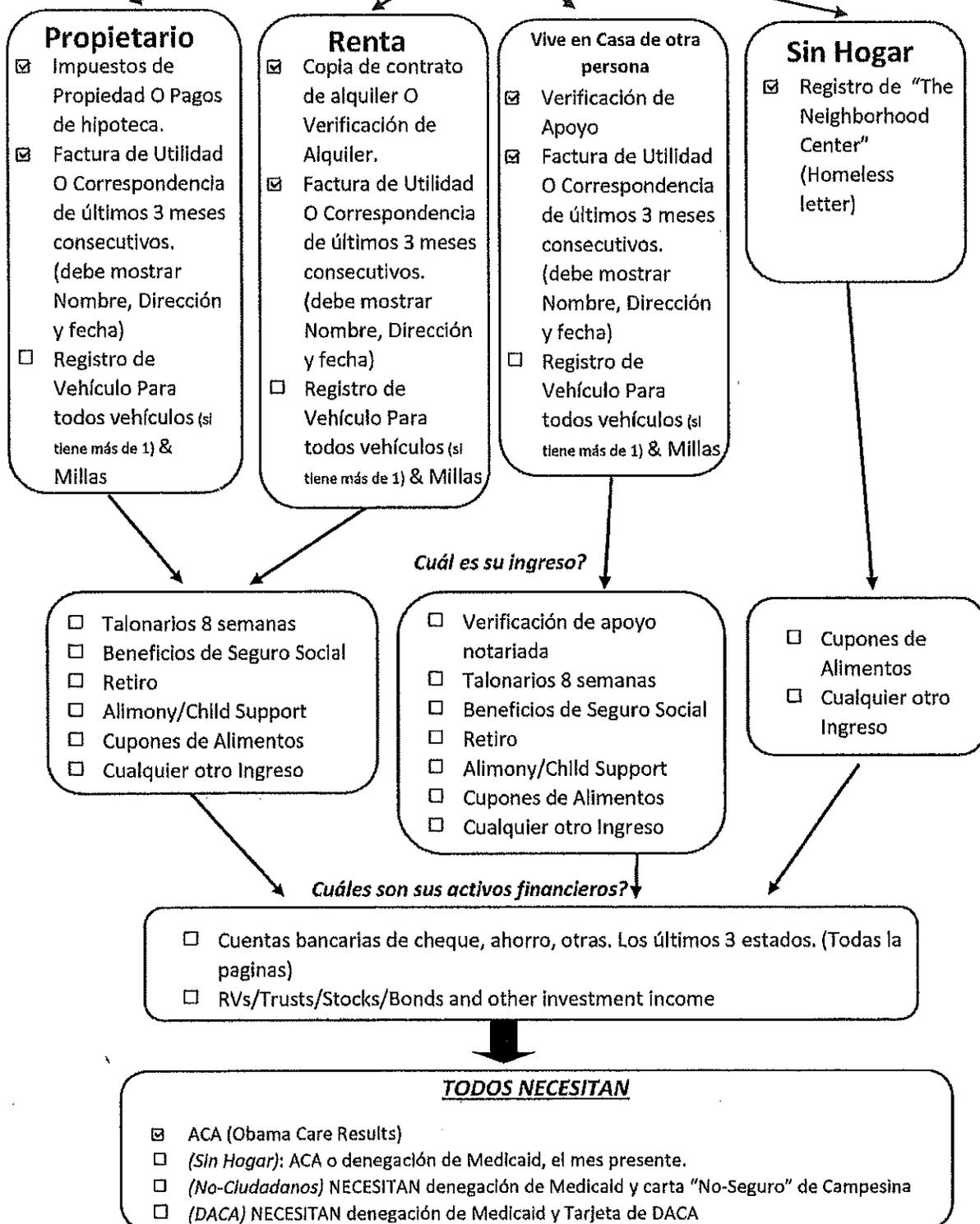


The House Next Door
Nurturing Families. Building Communities.

Que necesitas?

2 formas validas de Identificación:
1 ID con Foto & Tarjeta de SS, Acta de nacimiento, Pasaporte, o ID de Campesina.

Es usted Propietario, Renta, vive en casa de otra persona o es considerado sin hogar?





SOLICITUD DE TARJETA DE SALUD DE WVHA

Fecha de la Solicitud:

Sección 1: Información de la Solicitud. Todos los miembros del Hogar pueden solicitar a través de la misma solicitud. Por favor indique a todos solicitantes en la Sección 2, "Miembros del Hogar".

| | | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Apellido | Nombre | Segundo Nombre | Apellido de Soltera u Otro Nombre | |
| Dirección (en donde reside) | | | | |
| Ciudad | | Condado | Estado | Código Postal |
| Dirección para Envíos | | | | |
| Ciudad | | | Estado | Código Postal |
| ¿Hace cuánto vive en esa residencia? | Temp/Perm | Renta/Propio/Otro | Teléfono Para el Día | Teléfono para la Noche |
| Fecha de Nacimiento | Sexo (encierre uno) Masculino Femenino | | Número de Seguro Social | |
| Dirección de anterior si es menor a 3 meses | | | | |
| Ciudad | | | Estado | Código Postal |

Sección 2: Miembros del Hogar. Mencione al cónyuge, hijos dependientes, hijastros, hijos adoptados, menores sin parentesco con prueba de custodia, hijos mayores de 18 años y hasta los 24 años de edad que sean estudiantes de tiempo completo y hayan sido declarados en la declaración de impuestos de los padres como dependientes.

| Nombre | Solicitando la Tarjeta de Salud | Fecha de Nac. | Parentesco | # Seguro Social |
|--------|---------------------------------|---------------|------------|-----------------|
| 1. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 2. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 3. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 4. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 5. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 6. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 7. | Sí No (encierre uno) | | | |
| 8. | Sí No (encierre uno) | | | |

Sección 3: Autorización para Liberar Información Médica y de Salud Individualmente Identificable Protegida (PHI).

Todos los solicitantes mayores de 18 años de edad deben firmar abajo o la solicitud quedará como pendiente.

A nombre propio y a nombre de cualquier miembro de familia que solicita que es menor de 18 años de edad, yo por el presente autorizo a West Volusia Hospital Authority (WVHA), a Northeast Florida Health Services, Inc. (NFHS) y a cualquier otro sucesor y/o asignado y a cualquier otro proveedor subcontratado o participante, liberar e intercambiar cualquier información relacionada con registros médicos e información de salud individualmente identificable protegida (PHI) en sus respectivas capacidades como entidades cubiertas bajo la HIPAA y según lo permitan las leyes estatales y federales, incluyendo pero sin estar limitado a, datos, registros e información que sean necesarios para proporcionar cuidados médicos y/o administrar el Programa de Tarjeta de Salud para Indigentes de WVHA.

Yo por el presente renuncio, abandono y libero a las organizaciones arriba mencionadas y a quienes se les ha otorgado el poder para liberarse información los unos a los otros y a otros, de todos y cualquiera de los reclamos que surjan de mi autorización para liberar esta información de conformidad con los términos de este documento.

Una fotocopia de esta Autorización es considerada igual de válida como el original. Usted tiene derecho a crear y regresar una fotocopia de esta autorización. La autorización arriba referida sobre los registros médicos deberán permanecer vigente de manera indefinida salvo que se dé por terminada mediante notificación por escrito.

Yo certifico que la información dada a mí con el propósito de calificar para el Programa de Tarjeta de Salud de WVHA es verdadera y correcta. Yo entiendo y por la presente autorizo a WVHA y a sus agentes para llevar a cabo tal investigación, incluyendo pero sin estar limitado a, obtener mi reporte de crédito, según sea necesario para verificar la precisión de la información proporcionada. Yo entiendo que cualquier falsedad por evidencia de presentación u omisión podría resultar en mi terminación del Programa de Tarjeta de Salud de WVHA.

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha



FORMATO DE VALORACIÓN DE LA TARJETA DE SALUD DE WVHA

Revisado por (Representante THND): _____

Instrucciones: Por favor complete este formato por completo. Este debe ser completado por todos los solicitantes mayores de 18 años de edad, incluyendo cónyuges legales que no están solicitando. *No proporcionar Formatos de Valoración de LA Tarjeta de Salud de WVHA por separado resultará en que la solicitud quede como pendiente.*

Sección 1: Información General.

| | | | |
|-------|------------------------|---------------------|---------|
| Fecha | Nombre del Solicitante | Fecha de Nacimiento | Clínica |
|-------|------------------------|---------------------|---------|

¿Cómo se enteró acerca del programa de tarjeta de salud WVHA? Marque una casilla:

- Página Web WVHA
 Publicidad impresa o flyer
 Reunión pública
 Hospital de Florida
 La casa de al lado
 Levantamiento contra viento y marea
 El centro de barrio
 Comienzo saludable
 Hispano de la salud
 Otros

Sección 2: Información del Seguro Médico.

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| 2.1 ¿Tiene usted cualquier Seguro Médico? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor indique Aseguradora y # de ID:</i> _____ | <input type="checkbox"/> No |
| 2.2 ¿Es usted elegible para Beneficios COBRA a través de su empleador actual/anterior? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2.3 ¿Tiene usted Medicare A o B? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor indique la cobertura con la que cuenta y la fecha de vigencia</i> _____ | <input type="checkbox"/> No |
| 2.4 ¿Recibe usted asistencia en cuidados a la salud u otro apoyo distinto al de WVHA? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor indique la asistencia y/o ayuda que recibe y la fecha de vigencia</i> _____ | <input type="checkbox"/> No |
| 2.5 Si busca servicios para una herida, ¿está su herida relacionada con su trabajo o es por accidente de automóvil? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor describa</i> _____ | <input type="checkbox"/> No |
| 2.6 Se requiere comprobante de solicitud de Medicaid o negación. Por favor asegúrese de incluir este momento de enviar su solicitud. | | |

Sección 3: Tamaño de la Familia.

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---------------|------------|----------|
| 3.1 Estado Civil (Encerrar Uno): | Casado(a) | Separado(a) | Divorciado(a) | Soltero(a) | Viudo(a) |
| 3.2 ¿Tiene hijos dependientes viviendo en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, ¿cuántos?</i> _____ | <input type="checkbox"/> No | | | |

Sección 4: Identificación.

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| 4.1 ¿Cuenta con una Licencia para Conducir o con una Identificación expedida por el gobierno? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione una copia de la identificación</i> | <input type="checkbox"/> No |
|---|---|-----------------------------|

4.2 Se requiere de dos (2) formas de identificación, una (1) debe ser una identificación con fotografía. Por favor encierre cualquier otra prueba de identificación proporcionada distinta a una Licencia para Conducir.

| | |
|--|--|
| <u>Identificaciones Sin Fotografía:</u> -Tarjeta de Seguro Social -Certificado de Nacimiento -Certificado o Documento Oficial con Nombre, Dirección y Número de Seguro Social | <u>Identificaciones Con Fotografía:</u> -Pasaporte -Tarjeta de Residente Permanente -Formato I-151 -Formato I-551 -Identificación con Fotografía de la Asociación de Granjeros de Florida |
|--|--|

Sección 5: Residencia.

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| 5.1 ¿Es dueño de la casa en la que vive? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione el comprobante del Impuesto Predial del año actual o del año anterior</i> | <input type="checkbox"/> No |
|--|--|-----------------------------|

| | | |
|-------------------|--|-----------------------------|
| 5.2 ¿Usted renta? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione una copia actualizada de su Contrato de Renta o el Formato de Verificación de Renta</i> | <input type="checkbox"/> No |
|-------------------|--|-----------------------------|

| | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| 5.3 ¿Vive en la casa de alguien más? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione el Formato de Verificación de Apoyo</i> | <input type="checkbox"/> No |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|

| | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| 5.4 ¿Se considera usted sin hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione Formato de Verificación de Persona sin Hogar</i> | <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------|---|-----------------------------|

5.5 Todos los documentos de prueba de residencia deben mostrar la dirección dentro del Distrito Fiscal WVHA y deben ser de los últimos tres meses. Dos (2) documentos de residencia son requeridos, a no ser que el solicitante sea indigente. Los indigentes solamente necesitan presentar el Formato de Verificación de Indigencia.

Por favor encierre cualquier otra prueba de residencia proporcionada:

- Recibos de Servicios (Electricidad, Agua, Teléfono, Gas, etc.)
- Registro de vehículo a nombre del solicitante/cónyuge
- Prueba de niños registrados en West Volusia School
- Correo recibido por un periodo de tres (3) meses
- Pago de hipoteca

Sección 6: Información Financiera.

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| 6.1 ¿Ha usted estado empleado durante las últimas 8 semanas? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, complete la información de abajo y proporcione los talones de pago de las 8 semanas anteriores o Verificación DFC de Empleo/Formato de Pérdida de Ingreso</i> | <input type="checkbox"/> No |
|--|--|-----------------------------|

| | | | | | |
|--|--|--|---------------|---------|-----------------------------|
| Nombre del Empleador | | Tarifa de Pago (encierre uno) | | | |
| | | Por Hora | Por Día | Semanal | Quincenal Mensual |
| Dirección del Empleador | | | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal | | |
| 6.2 ¿Ha perdido usted su empleo durante las últimas 8 semanas? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>En caso afirmativo, proporcione por favor una Departamento verificación de empleo, pérdida de ingresos de forma</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.3 ¿Usted trabaja por su cuenta propia? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>En caso afirmativo, proporcione por favor la más reciente declaración de impuestos (completa con todas las formas/horarios) o declaración trimestral de empleo del uno mismo</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.4 ¿Está recibiendo beneficios por Desempleo o por Compensación al Trabajador? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione los Documentos por Desempleo o Compensación al Trabajador</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.5 ¿Alguien más le apoya financieramente? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione copia notariada del Formato de Verificación de Apoyo</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.6 ¿Recibe Beneficios Militares o de Veterano? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación sobre beneficios</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.7 ¿Recibe algún arreglo monetario? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación del arreglo monetario.</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.8 ¿Recibe Asistencia para Alimentos? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación de apoyo de DCF Florida junto con la cantidad aprobada.</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.9 ¿Está recibiendo alguna Pensión mensual o Ingresos por Jubilación? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación con la cantidad que recibe, de ser aplicable</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.10 ¿Recibe Ingresos por Pensión Alimenticia/ Pensión Alimenticia para los Niños? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación con la cantidad que recibe, de ser aplicable</i> | | | <input type="checkbox"/> No |
| 6.11 ¿Recibe algún ingreso de propiedades en renta? | | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione la cantidad del ingreso por renta y el acuerdo de renta</i> | | | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| 6.12 ¿Recibe Beneficios por Discapacidad/Ingresos por Seguro Social? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación de apoyo</i> | <input type="checkbox"/> No |
|--|---|-----------------------------|

Sección 7: Lista de todas las Fuentes de Ingreso para el Hogar (por ejemplo, Ayuda Temporal para Familias Necesitadas, Ingresos por Dividendos/Intereses, Beca por Capacitación, Compensación por Lesión/Arreglo, Regalos de Iglesias/familias/organizaciones, etc.) Por favor proporcione toda la documentación de apoyo para cualquier ingreso listado abajo:

| Nombre de la Persona | Tipo de Ingreso | Fuente de Ingreso o Patrón | Ingreso Mensual (previo a deducciones) |
|----------------------|-----------------|----------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sección 8: Bienes

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| 8.1 ¿Tiene usted una cuenta de cheques/ahorros? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione una copia de los estados de cuentas para todas las cuentas para los últimos 3 meses</i> | <input type="checkbox"/> No |
| 8.2 ¿Es dueño de un negocio? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione los estados de cuenta para su cuenta de banco y los estados de cuenta comerciales para el último trimestre</i> | <input type="checkbox"/> No |
| 8.3 ¿Es dueño de alguna(s) propiedad(es) en otros condados /Estados o países (incluyendo propiedades para renta de las cuales es dueño)? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor mencione abajo todas sus propiedades, incluyendo lotes, y proporcione cualquier documentación sobre hipotecas para bienes distintos a su residencia permanente</i> | <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de la Propiedad | ¿Es esta una propiedad para renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Dirección de la Propiedad | ¿Es esta una propiedad para renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Dirección de la Propiedad | ¿Es esta una propiedad para renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 8.4 ¿Ha usted vendido o transferido la propiedad de un título a cualquiera en los últimos 3 años? | <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor mencione abajo todas sus propiedades, incluyendo lotes y proporcionar la documentación como prueba de esta venta</i> | <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de la Propiedad | ¿Es esta una propiedad para renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Dirección de la Propiedad | ¿Es esta una propiedad para renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| | |
|---------------------------|---|
| Dirección de la Propiedad | ¿Es esta una propiedad para renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---------------------------|---|

| | | |
|--|---|--|
| 8.5 ¿De cuántos automóviles, vehículos motorizados o motocicletas es dueño? Un automóvil solamente debe ser registrado en el formato de valoración de <u>un solicitante</u> | _____ | |
| | <i>Para dos o más vehículos incluya el registro del (de los) vehículo(s) y las millas actuales.</i> | |

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| 8.6 ¿Es dueño de algún vehículo recreacional? | <input type="checkbox"/> Sí <i>Si es dueño, por favor proporcione el registro del (de los) vehículo(s).</i> | <input type="checkbox"/> No |
|---|--|-----------------------------|

Sección 9: Lista De Fuentes de Bienes para el Hogar (por ejemplo: IRAs, CDs, herencias, pensiones, acciones, fondo de fideicomiso, valor en efectivo de una póliza de vida, etc.): Por favor proporcione toda la documentación de apoyo para cualquier bien listado abajo.

| Tipo de Bien | Fuente del Bien | Cantidad | Mensual o Suma Global | |
|--------------|-----------------|----------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Suma Global |
| | | | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Suma Global |
| | | | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Suma Global |
| | | | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Suma Global |
| | | | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Suma Global |

Sección 10: Certificación de la Solicitud.

Yo certifico que la información proporcionada por mí con el fin de calificar para el Programa de Tarjeta de Salud de WVHA es verdadera y correcta. Yo entiendo y por la presente autorizo a WVHA y a sus agentes a conducir cualquier investigación, incluyendo pero sin estar limitada a, obtener mi reporte de crédito, según sea necesario y en cualquier momento durante el proceso de solicitud, registro o después de que los beneficios hayan sido asignados para verificar la precisión de la información proporcionada. Yo entiendo que cualquier falsedad por evidencia de presentación u omisión podría resultar en mi terminación del Programa de Tarjeta de Salud de WVHA.

| | |
|--|--------------|
| Firma de la Personal o Representante Legal | Fecha |
| | |

Prueba de identificación

Por favor, compruebe los 2 ID's que está dando:

(Id tiene que estar vigente)

- a. Acta de Nacimiento
- b. Licencia de conducir de Florida o la tarjeta de identificación
- c. Tarjeta de Seguro Social
- d. Asociación Campesina de Florida -
Identificación con foto y Dirección correcta (Cuestan \$15.00)
111 Fountain Drive, Flerston FL 32180 - 386-749-9826
- e. Pasaports
- f. Certificado o documento oficial que incluye nombre,
Dirección y el número de seguro social. (Es decir, formulario
de impuestos o documento de seguro social.)
- g. Tarjeta de Residente (Tarjeta Verde, Formulario I-151 o I-551)
- h. Cualquier identificación del gobierno que incluya una foto

Prueba de Residencia

Por favor, compruebe los documentos incluidos:

Tenga en cuenta que las pruebas de residencia deben mostrar la misma dirección, debe ser inmediata para los tres (3) últimos meses.

Factura de impuestos de Propiedad

Verificación de Alquiler de WVHA (Apéndice H)

Contrato de Alquiler, vivienda, renta/hipoteca/recibos de pago

Facturas de los servicios para los últimos 3 meses
(Electricidad, agua, teléfono, gas, o cualquier otro de la ciudad o condado)

Verificación de Apoyo de WVHA Notariada (Apéndice G)
(si el solicitante no tiene ingresos y está viviendo solo o con otra persona)

Verificación de vivienda en un Refugio o Matriculación en una
Agencia o Programa (Apéndice F)
(acompañada con prueba de residencia 3 meses antes de la
matriculación; sin hogar solo 1 mes)

Prueba de matriculados en escuelas de la zona

Correo oficial recibido por el solicitante a su dirección.
(Necesitamos los últimos 3 meses, el sobre con su nombre,
dirección y fecha post-marcado por la oficina de correos)



Verificación de Renta de WVHA

Instrucciones: Por favor complete este formato en su totalidad. *El no presentar toda la información en el formato de Verificación de Renta resultará en que su solicitud sea marcada como Pendiente.*

Sección 1: Información General

| | | | |
|--------|-------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Fecha: | Nombre del Solicitante: | Fecha de Nacimiento: | Últimos Cuatro Dígitos del SSN: |
|--------|-------------------------|----------------------|---------------------------------|

Sección 2: Yo actualmente resido en

| | | | |
|-----------|---------|--------|---------------|
| Dirección | | | |
| Ciudad | Condado | Estado | Código Postal |

2.1 La renta mensual es de \$ _____.

2.2 Yo comencé a rentar el lugar arriba mencionado en la siguiente fecha _____.

| | |
|-----------------------|-------|
| Firma del Solicitante | Fecha |
|-----------------------|-------|

Sección 3: Información del Arrendador. Debe ser completada por el Arrendador

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Nombre del Arrendador | Número Telefónico del Arrendador |
|-----------------------|----------------------------------|

| | | |
|--------------------------|--------|---------------|
| Dirección del Arrendador | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |

Relación con el Arrendatario

Nombre del Arrendatario

3.1 Yo estoy rentando la dirección arriba mencionada en la Sección 2 al solicitante desde _____ (fecha).

3.2 La renta mensual actual es de \$ _____.

| | |
|---|--|
| 3.3 La renta mensual incluye / no incluye (encerrar uno) servicios. | 3.4 De ser sí, mencione los servicios incluidos. |
|---|--|

Sección 4: Firma del Arrendador

Yo, el que firma abajo, por el presente juro que la información aquí contenida es verdadera y correcta.

| | |
|----------------------|-------|
| Firma del Arrendador | Fecha |
|----------------------|-------|



"A UNITED WAY AGENCY"

Neighborhood Center

of West Volusia, Inc.



"A PLACE WITH A HEART"

434 South Woodland Blvd, DeLand, FL 32720
Phone: (386)734-8120 – Fax: (386)822-9005
neighborhoodcenterwv.org



WVHA Homeless Verification Form

Agency Instructions: To be printed on Agency letterhead. Please complete this form in its entirety.

Failure to provide all information on Homeless Verification Form will result in a Pended application.

Section 1: General Information.

| | | | |
|------|-------------|---------------|-----------------|
| Date | Client Name | Date of Birth | Photo ID Number |
|------|-------------|---------------|-----------------|

Section 2: Mailing Address.

Mailing Address (where your WVHA Health Card correspondences should be mailed)

| | | | |
|------|--------|-------|-----|
| City | County | State | Zip |
|------|--------|-------|-----|

Length of time in Volusia County

Section 3: Agency Assessment.

I, _____, based on my assessment certify that the client has met the H.U.D. definition of homeless and has been within the West Volusia Tax District for at least one month.

| | |
|-------------------|-------|
| Agency Signature: | Date: |
|-------------------|-------|

| | |
|-------------------|-------|
| Client Signature: | Date: |
|-------------------|-------|

Prueba de Ingresos

Cuántos miembros de su hogar?: _____ Cantidad de ingreso mensual estimado: _____

(Solo cuentan esposo(a) legal, hijos dependientes, hijastros, hijos adoptivos, menores sin relación pero con prueba de que son dependientes, los hijos mayores de 18 años y 24 años de edad que son estudiantes de tiempo completo y resalamado en los impuestos de los padres como dependientes)

Seleccione Prueba de documentos de ingresos:

- Salarios, sueldos y propinas, talonarios recibidos
- Ingresos de Seguro Social para cualquier miembro de la familia
- Ingreso de Seguro Social Suplementario (SSI) o beneficios de Incapacidad
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Ingresos de jubilación o pensión, acciones, y bonos
- Rentas o ingresos de alquiler de alguna propiedad
- Desempleo/Compensación a trabajadores (Workers Comp)
- Beneficios militares o veteranos o consignaciones
- Beneficios de huelga
- Ingresos de Seguros y Annuity
- Dividendos y las ganancias por concepto de intereses (acciones, bonos, etc)
- Bienes Raíces y los ingresos de los Fondos Fiduciarios
- Préstamos privados recurrentes
- Pensión subsidios de capacitación/ Asistencia a la infancia
- Herencia
- Ingresos de indemnización por el daño y los asentamientos que el tribunal ordene o de otro modo



Verificación de Apoyo WVHA

Instrucciones: Por favor complete este formato en su totalidad. *El no presentar toda la información en el Formato de Verificación de Apoyo resultará en que su solicitud sea marcada como Pendiente.*

Sección 1: Información General

| | | | |
|--------|-------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Fecha: | Nombre del Solicitante: | Fecha de Nacimiento: | Últimos Cuatro Dígitos del SSN: |
|--------|-------------------------|----------------------|---------------------------------|

Sección 2: Yo actualmente resido en:

Dirección

| | | | |
|--------|---------|--------|---------------|
| Ciudad | Condado | Estado | Código Postal |
|--------|---------|--------|---------------|

Yo he estado residiendo en la dirección arriba mencionada desde: _____

Sección 3: Mi dirección anterior era:

Dirección

| | | | |
|--------|---------|--------|---------------|
| Ciudad | Condado | Estado | Código Postal |
|--------|---------|--------|---------------|

Yo viví en esta dirección anterior durante: _____

Sección 4: Mi alimentación y/o costos de vida son proporcionados por

Nombre del Proveedor

| | |
|-----------------------|-------|
| Firma del Solicitante | Fecha |
|-----------------------|-------|

Sección 5: A ser completada por el Proveedor:

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 5.1 ¿Proporciona usted solamente un lugar donde vivir (sin pagar renta) y ningún gasto mensual para el solicitante? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5.2 ¿Vive el solicitante con usted? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

INSTRUCCIONES PARA LAS PREGUNTAS 5.3, 5.4 y 5.5

La cantidad a continuación debe ser donde reside el solicitante los gastos domésticos.
 Si el proveedor paga los gastos del hogar en nombre del solicitante (incluso si viven en casas separadas) la cantidad en dólares debe figurar aquí. Pregunte 5.4 Indícalo entonces los familiares calificados en la aplicación de WVHA Health Card que el proveedor está apoyando.
 Si el proveedor no paga los gastos del hogar en nombre del solicitante, por favor indique \$0 o N/A en 5.3 y 5.4.

| | |
|--|---|
| 5.3 Gastos totales mensuales del hogar considerando todos los residentes (renta, electricidad, agua, víveres, etc.) \$ _____ | 5.4 Número total de personas residiendo en el hogar (incluyendo al solicitante) _____ |
|--|---|

5.5 Además de los gastos mensuales del hogar, yo proporciono \$ _____ al mes para el solicitante.

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Nombre del Proveedor | Relación con el Solicitante | |
| Dirección del Proveedor | Ciudad | |
| Estado | Código Postal | Número Telefónico del Proveedor |

Sección 6: Firma del Proveedor y del Notario Público.

Yo, el que firma abajo, siendo responsable por el solicitante nombrado, por el presente juro que la información aquí contenida es verdadera y correcta y que yo estoy proporcionado apoyo al solicitante nombrado.

| | |
|---------------------|-------|
| Firma del Proveedor | Fecha |
| Notario Público | |



WVHA Health Card: Declaración trimestral de empleo del uno mismo

Instrucciones: Por favor complete este formulario en su totalidad. Debe completar este formulario si usted es autónomo y no hacen lo suficiente para presentar impuesto sobre la renta. Proporcionar toda la información en el formulario contrario, en una aplicación pendiente

| | | |
|---|------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL SOLICITANTE: (Primera) | (Inicial): | (Pasado) |
| 2. PORCENTAJE DE SOLICITANTE DE PROPIEDAD EN ESTE NEGOCIO: _____% | | |
| 3. NOMBRE DEL DUEÑO DEL NEGOCIO: (Primera) | (Inicial): | (Pasado) |
| 4. NOMBRE DEL NEGOCIO: | | |
| 5. DIRECCIÓN DE NEGOCIOS: | | 6. NÚMERO DE TELÉFONO DE NEGOCIO: |

| | MES 1 _____/_____ (MES) (Año) | MES 2 _____/_____ (MES) (Año) | MES 3 _____/_____ (MES) (Año) |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| SECCIÓN 1: TOTAL INGRESOS BRUTOS- Añadir ingresos mensuales totales y las ventas de su negocio de los últimos 3 meses. | 1A: \$ | 2A: \$ | 3A: \$ |
| SECCIÓN 2: GASTOS DE NEGOCIO | DEDUCCIONES | DEDUCCIONES | DEDUCCIONES |
| Suministros | \$ | \$ | \$ |
| Calor/utilidades/teléfono | | | |
| Propiedad de negocios | | | |
| Alquiler | | | |
| Alquiler de equipos empresariales | | | |
| Gastos de negocio del vehículo | | | |
| Impuestos de negocio | | | |
| Publicidad | | | |
| Seguro | | | |
| Gastos bancarios | | | |
| Otros (especificar) | | | |
| TOTAL gastos | 1B: \$ | 2B: \$ | 3B: \$ |
| INGRESO NETO: Reste A de B = C | 1C: \$ (1A menos 1B) | 2C: \$ (2A menos 2B) | 3C: \$ (3A menos 3C) |

Sección 3: Calcular el ingreso mensual promedio

| | |
|--|--|
| TOTAL 3 MESES: \$ _____ (AÑADIR 1C, 2C, 3C) | PROMEDIO 3 MESES: \$ _____ (TOTAL 3 MESES SE DIVIDEN POR 3) |
|--|--|

FIRMA del solicitante: Los solicitantes deben leer y firmar el siguiente

Certifico que no tengo otra manera para documentar los ingresos arriba de autoempleo y que toda la información arriba es verdadera y correcta. Atestiguo que todos los ingresos y gastos en este formulario son verdaderamente para mi negocio de autoempleo.

| | |
|------------|--------|
| Signature: | Fecha: |
|------------|--------|



VERIFICATION OF EMPLOYMENT/LOSS OF INCOME

Date: _____

In order to determine the eligibility of _____ for public assistance, please assist us by answering the questions below and returning this form to us by _____.

Case Name _____

Case Number/Cat/Seq./SSN _____

Office Address / Phone Number:
The House Next Door
804 N Woodland Blvd
DeLand, FL 32720
FAX: 386-734-0252

Please complete each section which has been marked on PAGE 1 and PAGE 2 of this form.

Section I – GENERAL INFORMATION

1. Name of Employee: _____ Social Security Number: _____
Address: _____

2. Job Title: _____ Type of Work Performed: _____

3. Number of Hours Worked Per Week: _____ Number of Days Worked Per Week: _____

4. A. How often is/was the employee paid? Day Week Bi-Weekly Monthly
B. Rate of pay: \$ _____ per _____ Other _____
Hr./Day/Wk./etc. (Explain)

5. Date current employment began: _____ Date previously employed: _____

6. Does/did employee receive tips? Yes No *(If yes, please show tips in Section III.)*

7. Is/was employment seasonal? Yes No If yes, season begins: _____ ends: _____

8. Is/was the employee covered by health insurance? Yes No
If yes, name of insurance company: _____

9. Number of dependents covered: _____

10. Does/did the employee participate in any type of payroll savings plan or profit sharing? Yes No
If yes, what is the balance? \$ _____

11. Does the person perform their job duties: in their home in your home N/A

Section II – LOSS OF INCOME

1. Date employment ended: _____

2. Reason for termination: _____

3. Is the loss of income Permanent or Temporary? If temporary, when do you expect the employee to return to work? _____

4. Date employee received final check: _____ Gross amount: \$ _____
(Please list last 8 weeks in Section III.)

5. Will employee receive any vacation pay, retirement refund, or other? Yes No
If yes, what type? _____ Date received: _____ Amount: \$ _____

6. Is employee eligible for any type of benefits from your company, such as extended insurance coverage, workers' compensation, or other? Yes No If yes:
A. Name of insurance company: _____
B. Reason for benefits: _____

Section III – RECORD OF PAY RECEIVED

List the gross amounts and dates of checks or cash, which were paid for the last eight weeks in the space below.

| Pay Period Ending | Date Pay Received | GROSS Earnings | No. of Regular Hours Worked | Rate of Pay | No. of Overtime Hours | Rate of Pay for Overtime | Tips \$\$ | Earned Income Credit (EIC) |
|-------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|-----------|----------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

If hours or rate of pay has varied in the above period, please state why.

Section IV – EMPLOYER INFORMATION

What I have written on this form is true to the best of my knowledge. I know that if I give false information on purpose, I may be subject to prosecution for fraud.

Signature of Employer

Employer's Title

Name of Business

() (ext.)
Telephone Number

Address

Date Completed

Prueba de Activos

Seleccione Documentos de Prueba de Activos Financieros:

Detalles de cuenta bancarias de Cheques, ahorro, cuentas del Mercado monetario (los últimos 3 meses, todas las páginas)

Otras propiedades de Homestead (incluya impuestos para cada propiedad)

Valor de dinero del seguro de vida. Si la combinación de todas las pólizas de propiedad de la unidad familiar supera los \$1,500

Vehículos adicionales
(Con valor determinado por lista de N.A.D.A.)

Vehículos de recreo

Trusts
(Con valor basado en el principal del Trust y la verificación de una declaración del Administrador.)

Declaraciones de acciones, bonos y otros activos de inversión



WVHA HEALTH CARD: Bank Account Checklist

COMPLETE ONE SECTION PER BANK ACCOUNT

→ The House Next Door representative assisting in the application completion will utilize this checklist to verify all bank account documentation is submitted.

| BANK ACCOUNT 1 | | |
|---|--|---|
| 1. NAME ON ACCOUNT: (first) | (last) | 2. LAST 4 DIGITS OF ACCOUNT #: |
| 3. ACCOUNT USED FOR: <input type="checkbox"/> Business Only <input type="checkbox"/> Personal Only <input type="checkbox"/> Business & Personal | | 4. TYPE: <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings |
| 5. FIRST MONTH PROVIDED: | 6. SECOND MONTH PROVIDED: | 7. THIRD MONTH PROVIDED: |
| 8. WERE ALL PAGES FOR EACH MONTH ENCLOSED? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 9. VERIFICATION SUBMITTED FOR ALL ACTIVITY IN THIS ACCOUNT? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| BANK ACCOUNT 2 | | |
| 1. NAME ON ACCOUNT: (first) | (last) | 2. LAST 4 DIGITS OF ACCOUNT #: |
| 3. ACCOUNT USED FOR: <input type="checkbox"/> Business Only <input type="checkbox"/> Personal Only <input type="checkbox"/> Business & Personal | | 4. TYPE: <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings |
| 5. FIRST MONTH PROVIDED: | 6. SECOND MONTH PROVIDED: | 7. THIRD MONTH PROVIDED: |
| 8. WERE ALL PAGES FOR EACH MONTH ENCLOSED? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 9. VERIFICATION SUBMITTED FOR ALL ACTIVITY IN THIS ACCOUNT? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| BANK ACCOUNT 3 | | |
| 1. NAME ON ACCOUNT: (first) | (last) | 2. LAST 4 DIGITS OF ACCOUNT #: |
| 3. ACCOUNT USED FOR: <input type="checkbox"/> Business Only <input type="checkbox"/> Personal Only <input type="checkbox"/> Business & Personal | | 4. TYPE: <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings |
| 5. FIRST MONTH PROVIDED: | 6. SECOND MONTH PROVIDED: | 7. THIRD MONTH PROVIDED: |
| 8. WERE ALL PAGES FOR EACH MONTH ENCLOSED? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 9. VERIFICATION SUBMITTED FOR ALL ACTIVITY IN THIS ACCOUNT? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

Form Completed by:



WVHA Fichas de programa: actividad de cuenta bancaria – hoja de verificación

Instrucciones formulario: El solicitante de duplicado de la WVHA utilizará esta forma para verificar varios depósitos en cuentas bancarias (por ejemplo: depósitos en efectivo, los depósitos de sus tarjetas de crédito o depósitos de préstamos). Incluyen todos los depósitos en los últimos 3 meses para cada estado de cuenta. Complete cada sección en su totalidad.

| Número de línea | NÚMERO DE CUENTA TERMINANDO EN | FECHA DEPÓSITO / TRANSFERENCIA | FECHA DEPÓSITO / TRANSFERENCIA | FECHA DEPÓSITO / TRANSFERENCIA | APOYO A ¿PRUEBA INCLUIDA? | UNA VEZ / ¿QUE SE REPITE? |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|---|--|
| #1 - Muestra | 1 2 3 4 | 01 / 01 / 17 | \$ 98.00 | Depósito en efectivo de una semana de ganadero | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #2 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #3 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #4 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #5 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #6 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #7 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #8 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #9 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #10 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #11 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |
| #12 | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Recurrente |

Firma del solicitante: formulario no es válido a menos que firmado – Al firmar este formulario usted da fe de que la información escrita en esta forma es verdadera y exacta al mejor de sus conocimientos. La persona que firma esta forma entiende que unverified depósitos y/o omisión de documentación puede resultar en retraso de la WVHA fichas inscripción.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---|
| Nombre del solicitante: | Firma del solicitante: | Fecha formulario cumplimentado: / / |
|--------------------------------|-------------------------------|---|

Prueba de ACA o FWA

USTED DEBE PROPORCIONAR UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE APARECEN A CONTINUACION:

***Resultados de Affordable Care Act Eligibility Determination Results (ACA)**
(Todas las páginas y la fecha en los resultados deben ser dentro de los 30 días de fecha de su solicitud)

3 Formas en las que usted puede obtener su determinación de elegibilidad ACA los resultados, si nunca has aplicado antes:

1. En Línea: WWW.HEALTHCARE.GOV (imprima todas las páginas)

2. Por teléfono: llame al (800)318-2596 (asegúrese de que usted le pida que le manden por correo una copia de sus resultados)

3. En persona, ayuda local con un consejero certificado de la aplicación (llame para hacer una cita) on The House Next Door.

***Persona sin hogar; Denegación de Medicaid O resultados de ACA**

***Asociación Campesina (FWA) Forma de Certificación**
(Para los que no son ciudadanos/residentes legales)

Y Denegación de Medicaid o comprobante de que hizo la solicitud.

Puedes obtener su forma en:

LA ASOCIACION CAMPESINA

111 Fountain Drive

Florson FL 32180

(386)749-9826