

Aplicación de escala móvil

Cómo completar esta solicitud

1. Revise la información de esta página con mucho cuidado.
2. Complete las Partes 1 a 4 de la solicitud.
3. Reúna la documentación requerida para entregarla con su solicitud.
4. Envíe por correo, correo electrónico o fax su solicitud completa y la documentación requerida a la siguiente dirección:

280 Executive Park Drive, Suite 100 Concord, NC 28025

Por correo electrónico: billing@cehcharlotte.com

Por fax: 704-547-3150

Envíe todo lo siguiente junto:

Su solicitud completada y firmada con comprobante de ingresos (elijá dos de estas opciones)

1. Copia de la declaración de impuestos federales sobre la renta del año pasado
2. Tres recibos de pago más recientes
3. Todas las declaraciones de ingresos de trabajos del año pasado (W2 o 1099)

Nota: Las solicitudes no se pueden revisar si falta documentación. Todos los requisitos se enumeran arriba para completar con éxito el proceso de revisión de la solicitud.

¿Qué pasa después?

Se le comunicará con una actualización del estado de la presentación de su solicitud y / o solicitud de información o documentación adicional / faltante que sea necesaria para completar su solicitud. Nos comunicaremos con usted por teléfono o correo electrónico.

Por favor, espere de 3 a 5 días laborales para el procesamiento.

CEH se reserva el derecho de rechazar la asistencia a cualquier solicitante.

Parte 1: Información de elegibilidad del programa:

Nombre del solicitante _____

Dirección de casa _____

Dirección de correo electrónico _____

Idioma principal hablado (marque uno con un círculo): Inglés Español Otro

Estado civil (marque uno con un círculo): Casado Divorciado Soltero

Si tiene más de 18 años, ¿depende económicamente de otra persona? (Marque uno con un círculo)

Sí

No

En caso afirmativo, debe proporcionar un comprobante de ingresos para que se procese esta solicitud.

Si el solicitante es menor de 18 años:

Nombre completo del padre / tutor

Teléfono celular del padre / tutor

Parte 2-Ingresos:

¿Cuál es el ingreso total de su hogar? (Inclúyase usted mismo, su cónyuge y sus dependientes) \$ _____ Mensual O \$ _____

Anualmente

Número de hogar (marque uno con un círculo) 1 2 3 4 5 6 7 8

Lugar de empleo: _____

Parte 3- Seguro:

¿Tiene cobertura de seguro? (Marque uno con un círculo): Sí No

En caso afirmativo, ¿qué seguro tiene? _____

Parte 4 Consentimiento

DOY PERMISO al administrador del programa y a sus empleados, agentes y contratistas para verificar mi información para asegurar que sea verdadera y completa; así como contactarme por teléfono, correo electrónico o correo sobre el programa.

Inicial _____

YO PROMETO que toda la información en esta solicitud, incluida la prueba de mis ingresos, es verdadera y completa; Estoy autorizado a firmar esta solicitud; Me pondré en contacto con el programa si cambia mi información sobre la cobertura de mi seguro o los ingresos.

Inicial _____

YO ENTIENDO que el programa solo usará mi información para decidir si califico para participar en el programa.

Inicial _____

YO ENTIENDO que puedo llamar al 704-237-4240 (opción 9) en cualquier momento para obtener más información sobre el programa o para retirarme del programa.

Inicial _____

YO Doy permiso al programa y a los administradores del programa para que se comuniquen con la persona nombrada a continuación con preguntas de seguimiento sobre mi solicitud. (Esto solo se aplica a alguien que haya completado esta solicitud por usted).

Inicial _____

Firma del solicitante o tutor legal del solicitante:

Fecha

Si alguien lo ayudó con esta solicitud y desea que pueda responder preguntas en su nombre, por favor proporcione su información de contacto a continuación.

Nombre de contacto adicional _____

Número de teléfono de contacto adicional _____

Correo electrónico de contacto
adicional _____