



[Retornar a: Departamento de Bomberos, 500 East Street, Elkhart, IN 46516](#)

Solicitud de Exención por Dificultades Económicas para Servicios de Ambulancia y/o Médicos

1. Información de contacto de la persona que está incurriendo en el servicio médico y/o de ambulancia:
 - Nombre Completo: _____
 - Dirección: _____
 - Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 - Número de teléfono: _____
 - Fecha de nacimiento: _____
 2. Monto adeudado del servicio médico y/o de ambulancia: \$ _____
 3. Fecha del servicio médico y/o de ambulancia proveído: _____
 4. Seguro médico disponible para dicho servicio Si _____ No _____
 - ¿Si lo tiene, a que Compañía de Seguros fue presentada esta factura?
 - Nombre de la Compañía de Seguros: _____
 - Dirección de la Compañía de Seguros: _____
 - Número de Póliza: _____
 5. Número de personas en su hogar: _____
 6. Total anual de ingresos en su hogar: _____
Ingresos actuales del hogar de los últimos tres meses: _____
- **Si tiene ingresos – por favor provea constancia de los ingresos o Seguro Social****
****Si no tiene ingresos – por favor complete la Declaración Jurada de No Ingresos en la página 2****

Afirmo, bajo las penas y sanciones de Perjurio, que las declaraciones hechas en el presente documento son verdaderas y correctas según mi saber y entender:

Firma del aplicante: _____ Fecha : _____

Nombre completo del Aplicante: _____

Debe adjuntar a esta aplicación:

- Copias presentadas y firmadas de la declaración de impuestos del año anterior del hogar. ****Si no tiene, por favor marque la casilla.**
- Ingresos actuales del hogar de los últimos tres meses
- Prueba de denegación de cobertura del Seguro Médico, si aplica.

City use only (Solo para uso de la Ciudad)

Qualified for: Exemption Forbearance OR

Denied: Not qualified

Signature: _____

Date: _____



City of Elkhart

Retornar a: Departamento de Bomberos, 500 East Street, Elkhart, IN 46516

Declaración Jurada de Cero Ingresos

(para cualquier persona que declare cero ingresos)

Si usted está declarando cero ingresos en los pasados tres meses, por favor explique como usted paga por sus gastos de vida. (Ej. pensión de los hijos, autoridad de la vivienda, trabajos ocasionales, cupones de alimentos, trabajo del cónyuge, etc.)
Incluya el monto de asistencia recibido y la fuente.

City use only (Solo para uso de la Ciudad)

Qualified for: Exemption Forbearance OR

Denied: Not qualified

Signature: _____

Date: _____