

**DEPARTAMENTO DE BOMBEROS DE EL PASO,
TEXAS. APLICACIÓN PARA ASISTENCIA
FINANCIERA PARA TRANSPORTES FMS**

(Nota: Se debe enviar un formulario de solicitud de Asistencia para cada solicitud de transporte individual)

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha del Traslado: _____

Servicio Solicitado:

- Anulación de mi pago de ambulancia
- Reducción de pago de ambulancia
- Establecer un programa de pagos que se adapte mejor a mi capacidad financiera

Ingreso bruto mensual en el hogar: _____ Numero de dependientes en casa: _____

Para que su solicitud sea considerada para su aprobación, uno o más de los siguientes documentos deben presentarse con su solicitud:

- Declaraciones de retención W-2 o talones de cheques de desempleo de los últimos 90 días
- Recibos de sueldo de los últimos 90 días para todas las personas empleadas en el hogar
- Declaración de impuestos (la más reciente, firmada)
- Cualquier otra información descrita en las reglas del programa de Asistencia Financiera

Representante responsable (En caso de que el solicitante no es el interesado):

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección (en caso de ser diferente a la del interesado): _____

Número Telefónico: _____

Para Uso Administrativo Unicamente

Incident #: _____ Invoice Number: _____

Date of transport: _____

Date request received: _____

Claim: (circle) Approved Denied

Percentage of discount: _____

Reason: _____

Date Billing Company Notified: _____

Finance Administrator Approval Signature: _____ Date: _____

Fire Chief Approval Signature: _____ Date: _____