

# 2014 SOLICITUD BENEFICIENCIA del INDIANA HBPA

**LICENCIATARIO**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCION ACTUAL \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA de NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

USTED DECLARA IMPUESTOS? \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

LISTA DE TODAS LAS LICENCIAS DE INDIANA QUE SE LE HAN OTORGADO

	<b>TIPO</b>	<b>NUMERO de LICENCIA</b>	<b>FECHA de EMISION</b>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

ESTADOS EN LOS QUE TIENE LICENCIA, APARTE DE INDIANA \_\_\_\_\_

**TODOS LOS EMPLEADORES EN O AFUERA DEL HIPODROMO POR LOS QUE A TRABAJADO 90 DIAS ANTES DE ESTA SOLICITUD**

	<b>EMPLEADOR</b>	<b>UBICACION DE EMPLEO</b>	<b>FECHA QUE COMENZO</b>	<b>FECHA QUE TE FUISTE</b>
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

LISTA DE TODOS LOS INGRESOS QUE ACTUALMENTE GANA, EN O AFUERA DEL HIPODROMO

	<b>EMPLEADOR</b>	<b>OCUPACION</b>	<b>SALARIO SEMANAL</b>	<b>HORA/CABALLO</b>
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

NOMBRE DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_ RELACION CON EL LICENCIATARIO \_\_\_\_\_

EDAD DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_ FECHA de NACIMIENTO \_\_\_\_\_

LA EMFERMEDAD O LESIONES DEL RECLAMANTE DE ALGUNA MANERA ESTAN RELACIONADAS CON SU EMPLEO? \_\_\_\_\_

SI ES ASI, EXPLIQUESE \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO EL RECLAMANTE ALGUNA ASISTENCIA DE OTRA ORGANIZACIÓN DE CABALLERANGOS EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES? \_\_\_\_\_ SI ES ASI, CUALES ESTADOS(S)? \_\_\_\_\_

RAZON? \_\_\_\_\_

**2014 SOLICITUD  
BENEFICIENCIA HBPA  
Pagina Dos**

ES USTED (CIRCULE UNA)      SOLTERO      LEGALMENTE CASADO      DIVORCIADO      SEPARADO

NOMBRE del CONYUGE \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

**TODOS LOS EMPLEADORES, EN O AFUERA DEL HIPODROMO, PARA LOS QUE A TRABAJADO SU CONYUGE  
90 DIAS ANTES DE ESTA SOLICITUD**

EMPLEADOR	UBICACION DE EMPLEO	FECHA QUE COMENZO	FECHA QUE TE FUISTE
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____

**LISTA DE TODOS LOS INGRESOS QUE ACTUALMENTE GANA SU CONYUGE, EN O AFUERA DEL HIPODROMO**

EMPLEADOR	OCUPACION	SALARIO SEMANAL	HORA/CABALLO
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____

USTED O SU CONYUGE TIENEN:

Seguro Medico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si es así, por favor indique la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Seguro Dental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si es así, por favor indique la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Seguro Vision? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si es así, por favor indique la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Seguro contra Accidentes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si es así, por favor indique la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Medicare, Medicaid o Beneficios de Veterano? Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así, cual es? \_\_\_\_\_

**CUALES FUERON SUS INGRESOS AJUSTADOS BRUTOS EN SU DECLARACION DE IMPUESTOS  
FEDERALES EL AÑO PASADO?**

Si Solo: \_\_\_\_\_ debajo de \$36,000      Si Casado: \_\_\_\_\_ debajo de \$72,000      (**TOTAL** de sus ingresos, además de su cónyuge)  
\_\_\_\_\_ encima de \$36,000      \_\_\_\_\_ encima de \$72,000      (**TOTAL** de sus ingresos, además de su cónyuge)

*Por la presente solicito la ayuda financiera del Fondo Fiduciario de Beneficios del Indiana HBPA. Mi solicitud se basa en el hecho de la necesidad financiera. Certifico que las declaraciones contenidas en el presente documento son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y creencias. Entiendo que cualquier información falsa o abuso del Fondo Fiduciario de Beneficios del Indiana HBPA pueden conducir a la pérdida permanente de los privilegios de benevolencia y/o acciones legales. Yo autorizo la entrega, a petición del Fondo Fiduciario de Beneficios del Indiana HBPA, de todos los hechos en relación con las lesiones, enfermedades y el tratamiento de mis dependientes y yo. Reconozco que se me ha informado de que una copia completa de las Normas de Benevolencia del HBPA Indiana están disponibles o se puede acceder en [www.inhbpa.org](http://www.inhbpa.org), y que he recibido una copia de mi Aviso de Practicas de Privacidad.*

FIRMA DEL LICENCIATARIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

*(o el padre/tutor del titular de la licencia si es menor de 18 años de edad)*

FIRMA DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

*(no es necesaria si es usted entrenador o dueño)*

SOLICITUD RECIBIDA POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INDIANA H.B.P.A.**  
**Solicitud de Beneficios para Benevolencia 2014**

**NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER PRESENTADO CON TODO RECLAMO PARA BENEFICIOS, NO HAY EXCEPCIONES**

NOMBRE DEL LICENCIATARIO \_\_\_\_\_

TIPO DE LICENCIA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ NUMERO LICENCIA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_ RELACION CON EL LICENCIATARIO \_\_\_\_\_

EDAD DEL RECLAMANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL \_\_\_\_\_ (calle)

\_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_\_ (código postal)

TELEFONO# \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

LA EMFERMEDAD O LESIONES DE ALGUNA MANERA ESTAN RELACIONADAS CON SU EMPLEO? \_\_\_\_\_  
 SI ES ASI, EXPLIQUESE \_\_\_\_\_

**NOTA: ANOTE TODAS LAS SOLICITUDES DE PAGO. ADJUNTAR FACTURA ORIGINAL QUE MUESTRA FECHA DE SERVICIO, NOMBRE DEL PACIENTE, Y CUALQUIER EVIDENCIA DE PAGO. INCLUIR FACTURA MAS LA RECETA MOSTRANDO EL NOMBRE DEL PACIENTE Y LA CANTIDAD DE LA RECETA.**

<i>Fecha de Servicio</i>	<i>Nombre del Proveedor (hospital, laboratorio, doctor, dentista, farmacia, etc)</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Reembolsar Proveedor o Solicitante??</i>
	<b>Total de esta solicitud:</b>		

FIRMA DEL LICENCIATARIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 (o el padre/tutor del titular de la licencia si es menor de 18 años de edad)

FIRMA DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 (no es necesaria si es usted entrenador o dueño)

PARA USO DEL HBPA SOLAMENTE – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Reclamo Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ RECLAMO FECHA DE PAGO \_\_\_\_\_  
 2138746.1