

2016 SOLICITUD

BENEFICIENCIA del INDIANA HBPA

**Para cualquier respuesta que requiera más espacio que el formulario permite, escriba en el reverso del formulario.
**Propietarios y entrenadores sólo tiene que llenar la Solicitud con la solicitud inicial de cada año.*

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

	TIPO	NUMERO de LICENCIA	FECHA de EMISION
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

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

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

	EMPLEADOR	OCUPACION	SALARIO SEMANAL	HORA/CABALLO
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? _____

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>
	Total de esta solicitud:		

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