

**ASSISTANCE PLAN APPLICATION for
Alliance Child & Family Solutions LLC
d/b/a ACFS TEXAS**

OFFICE USE ONLY: Names of clients

Please list spouse & dependents under age 18:

Por favor de proveer el nombre de su esposo(a) y dependientes (hijos/as) menores de 18 años.

Name		Date of Birth	Name		Date of Birth
Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Head of Household <i>Encargado Principal de la Familia</i>			Spouse: Esposo(a)		
Dependent: Dependiente Hijo(a)			Dependent: Dependiente Hijo(a)		
Dependent: DependienteHijo(a)			Dependent: Dependiente Hijo(a)		
Dependent: DependienteHijo(a)			Dependent: Dependiente Hijo(a)		

Monthly Household Income Ingresos Mensuales del Hogar

	Self	Spouse	Dependents	Other	Total
	Usted	Esposo(a)	Dependientes	Otros	Total
Gross wages, salaries, tips, etc. <i>Los salarios brutos, propinas, etc.</i>					
Social security, pension, annuity, and veteran's benefits <i>Seguro social, pensiones, rentas vitalicias, beneficios de veteranos</i>					
Alimony, child support, military family allotments <i>Pension alimenticia, manutencion de los hijos, pagos militares</i>					
Income from business self-employment, and dependents <i>Ingresos de su negocio propio y dependietes</i>					
Rent, interest, dividend, and other income <i>Alquiler, intereses, dividendos, y otros ingresos</i>					
TOTAL INCOME: <i>Ingresos Total:</i>					

By my signature below, I certify that the family size and income information shown above is complete and correct to the best of my abilities. I understand that copies of tax returns, pay stubs, and/or other information verifying income may be required before a discount is approved. I also acknowledge that I have a financial hardship and am unable to pay the full amount of services and/or my associated copay without the assistance of a fee reduction and/or waiver.

Al firmar a continuación, certifico que el tamaño de la familia y el ingreso de información proveído arriba es completo y correcto basado en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que las copias de las declaraciones de impuestos, comprobantes de pago, y otra información para verificar ingresos pueden ser necesarios antes de que se apruebe un descuento. También reconozco que tengo una dificultad financiera y soy incapaz de pagar el monto total de los servicios y / o mi copago sin la ayuda de una reducción de pago o ayuda financiera.

Signature <i>Firma</i>		Date <i>Fecha</i>
Name (Print): <i>Nombre (Escrito)</i>		

OFFICE USE ONLY

Discount:		Approved By:	
Verification Checklist (attach copies)			
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other proof of income.		YES	NO
Comments:			