

# 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

	<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? \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_