



Auto-Testimonio De La Forma De Ingresos

Por favor, complete la informacion si no se puede documentar sus ingresos.

Nombre del Paciente:	Nombre del Tutor:
SSN (Opcional):	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Ciudad/Estado/ Código Postal:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:

Todos los puntos que siguen deben ser respondidos para procesar su solicitud de asistencia financiera.

- ¿Numero de personas en su hogar?: _____
- ¿Cómo recibe el pago por el trabajo que hace? CASH CHECK
- ¿Cuánto le pagan? \$ _____
- ¿Con qué frecuencia le pagan? QUINCENAL
 SEMANAL
 OTRO (explice): _____
- Tipo de trabajo: _____

SOLICITANTES / BENEFICIARIOS DEBEN LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR ABAJO: *Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información será utilizada para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.*

Nombre del paciente (Impreso)

Firma del Paciente / Tutor

Fecha