



Forma de Auto-Testimonio de Ingresos

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

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Tutor: _____
SSN (Opcional): _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

- 1. ¿Número de personas en su hogar?: _____
2. ¿Como recibe el pago por el trabajo que hace? [] CASH [] CHECK
3. ¿Cuánto le pagan? \$ _____
4. ¿Con que frecuencia le pagan? [] QUINCENAL [] SEMANAL [] OTRO (explique): _____
5. 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