



**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. Tiene una tarjeta de pago?  SI  NO
- 2. Tiene usted o su cónyuge/pareja una cuenta de cheques?  SI  NO
- 3. Tiene usted o su cónyuge /pareja una cuenta de ahorros?  SI  NO
- 4. Declara impuestos o alguien te reclama en sus impuestos?  SI  NO
- 5. Como recibe pago por el trabajo que realiza?  TARJETA DE PAGO  CHEQUE  EFECTIVO
- 6. Cuanto le pagan en total cada mes? \$ \_\_\_\_\_
- 7. Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_
- 8. Con que frecuencia le pagan?  QUINCENAL  
 SEMANAL  
 OTRO (Explique) \_\_\_\_\_

**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**