Declaración de Ingresos

A. Paciente:

Por favor incluya a usted y a los miembros de su hogar. **(El hogar es definido con usted, su esposo(a), y sus dependientes)**

_____ _____ _____

_____ _____ _____

********CUANDO HAIGA CAMBIO DE CIRCUMSTANCIAS, DEBE LLENAR UNA FORMA NUEVA********

Usted ha hecho una declaración de impuestos? _____ Si, sí. ¿Cuándo? _____

¡PARE AQUI! EL RESTO DE ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR LA PERSONA QUE LE ESTA AYUDANDO FINANCIARAMENTE O POR LA CUAL USTED TRABABAJA.

Por favor conteste las preguntas en la sección B, C, y D para las personas indicadas arriba en la sección A como sea apropiado.

Por favor imprima su nombre: _____

B. Refugio/ Suporte Nutricional

1. Yo pago o doy refugio para la(s) persona(s) indicadas arriba en la parte A…… ☐ SI ☐ NO
   a. **Si SI,** ponga la dirección del hogar o refugio que es proveído _____
   b. Si **NO**, quien paga por el refugio de la(s) persona(s) indicadas arriba:
   _____
1. Yo proporciono comida para la(s) persona(s) indicadas arriba en la parte A…… ☐ SI ☐ NO
   c. ¿Si **NO**, como se compran comida la(s)persona(s) indicadas arriba?
   ☐ Estampillas ☐ Comida Donada ☐ Otro: _____
2. La(s) persona(s) incluidas arriba como Paciente, pagan por renta o utilidades… ☐ SI ☐ NO
   a. Si **SI,** cuanto pagan de renta y /o utilidades por mes? _____

C. Desempleo

1. Doy mi mejor consentimiento que la(s) persona(s) indicadas arriba en la parte A, no están empleadas… ☐ SI ☐ NO
   a. Si **NO**, quien esta empleado:
      - Nombre(s): _____
      - Lugar de Empleo: _____

D. Contribución en Efectivo

Yo le doy una contribución mensual en efectivo a las personas indicadas arriba en la cantidad de $_____

Yo declaro, bajo pena de perjurio, con el mejor de mi consentimiento que todas las declaraciones de esta forma son verdaderas.

_____
Firma de la persona completando esta forma

_____ ____/____/____
Nombre Fecha

_____
Dirección

_____
Relación al Paciente

_____
Numero de Teléfono

_____
Firma del Paciente (si es menor, el padre/madre o guardián legal)

_____ ____/____/____
Nombre Fecha