



Auto – Declaración de ingresos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: Mes: ____ Día: ____ Año: ____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo postal: _____

Correo electrónico: _____

Lea y llene cuidadosamente la siguiente información:

- Complete la siguiente información si no tiene otra manera de comprobar su ingreso.
- Todos los recuadros tienen que estar completados. Al no completar esta forma a su totalidad o dejar espacios en blanco, se determinará como incompleto y se **rechazará su aplicación**.

*Declaro que mi ingreso familiar total (todos los que reciben dinero en mi núcleo familiar proveniente de trabajo, pensiones, donaciones, etc.) es la cantidad de \$ _____ cada:

(subraye uno): día semana dos semanas mes ano

*Certifico de que no tengo documentos que prueben de la cantidad de mi ingreso familiar por el siguiente motivo (marque con una "X" **TODOS** los que aplique):

- Recibo pago en efectivo
 - Recibo donaciones y ayuda en efectivo
 - No recibo ni Cheques ni Recibos de nomina
 - No puedo obtener Carta de empleador
 - Otro(explique) _____
- _____
- _____

Además, de que los integrantes de mi núcleo familiar son _____ (**número total de personas incluyendo a mí, mi cónyuge y menores de 18 años dependientes viviendo en la misma casa**).

Firma del Paciente _____

Fecha de Completado: Mes ____ Día: ____ Año: _____

If applicable patient verbal signature received by (SCCC employee Name): _____

STAFF USE ONLY:		
Employee name _____		
SFC# _____ Patient ID _____	Received _____	