



## 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 _____