



COMMUNITY HEALTH AND DENTAL CARE
Formulario de autodeclaración de ingresos y vivienda

Form fields for Name, Date of Birth, Address, City, State, Zip, Phone, and Email.

Por favor complete la siguiente información:

- Me pagan en efectivo
No recibo pago en cheque
No recibo talonarios de pago
Estimación, sin documentación provista
No puedo recibir una carta de mi empleador. Explique por qué:

Mis ingresos son \$ Frecuencia (semanal, mensual)

Empleador actual o el tipo de trabajo que hago es

Complete la siguiente información sólo si no tiene otra forma de documentar su vivienda.

Yo, certifico que actualmente resido en la siguiente dirección:

Mi costo promedio de vivienda mensual es \$ Si es necesario, puede ponerse en contacto con la siguiente persona para verificar esta información.

Name: Telefono:
Address:

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos y / o vivienda y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se usa para determinar la elegibilidad para el Programa de descuento de tarifas de servicios médicos.

Firma: (Patient)

Fecha: SlideAmount Approved

Signature: (CHDC Staff Person)

Date:

Signature: (CEO)

Date: