



COMMUNITY HEALTH AND DENTAL CARE

Formulario de autodeclaración de ingresos y vivienda

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Zona Postal: _____
Telefonó: _____	Correo Electronico: _____	

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.

Nombre: _____ Teléfono: _____

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. Entiendo que los funcionarios del programa pueden verificar la información provista en este formulario. También entiendo que si falsifico intencionalmente mis ingresos, tendré que devolver los beneficios recibidos. Entiendo que esta aplicación puede estar sujeta a cambios luego de la aprobación administrativa final. Entiendo que si mi estado cambia, debo notificar a CHDC en mi próxima visita. es decir, aumento en la paga, empleo.

Firma: _____

(Patient)

Fecha: _____ SlideAmount Approved _____

Signature: _____

(CHDC Staff Person)

Date: _____

Signature: _____

(CEO)

Date: _____