



COMMUNITY HEALTH AND DENTAL CARE  
Aplicacion de descuento para atención médica

Formulario de trabajo por cuenta propia

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Yo, \_\_\_\_\_ el firmador, con domicilio en  
(nombre)

\_\_\_\_\_ certifica que soy autónomo en el siguiente trabajo:  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doy fe, que (con base en la documentación adjunte, es decir, recibo por servicios prestados, declaraciones de impuestos sobre la renta, etc.) la siguiente es la cantidad aproximada de ingresos que recibo mensualmente \$ \_\_\_\_\_, o anualmente \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social