

Autodeclaración de ingresos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Actualmente tiene seguro? (Marque solo una opción) Sí No

¿Necesita ayuda para verificar la elegibilidad para el seguro? (Marque solo una opción) Sí No

Complete la siguiente información:

Me pagan en efectivo.

No recibo cheques ni recibos de sueldo.

No puedo obtener una carta de mi empleador. Explique el motivo: _____

Mis ingresos brutos son: \$ _____ Frecuencia de percepción: (semanal, mensual) _____

Describa brevemente el origen de los ingresos mencionados: _____

Si sus ingresos son de \$0.00, ¿figura usted en una declaración de impuestos federal reciente (Formulario 1040)?

Sí No En caso afirmativo, adjunte una copia del Formulario 1040 donde figure.

Si sus ingresos son de \$0.00, ¿quién lo mantiene actualmente? _____

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos y que toda la información provista anteriormente es verdadera y correcta. Comprendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para el Programa de Descuentos de Atención Médica. Comprendo que los administradores del programa pueden verificar la información que proporcione en este formulario. También comprendo que, si declaro intencionalmente información falsa sobre mis ingresos, podrían revocarse los descuentos otorgados y se me podría exigir el reembolso de los beneficios ya recibidos. Comprendo que debo presentar una nueva solicitud cada año calendario, y que esta solicitud puede estar sujeta a cambios tras la aprobación administrativa final.

Firma: _____ Fecha: _____ Monto del descuento aprobado: _____
(Paciente)

Firma: _____ Fecha: _____
(Coordinador de HCDP o representante de CHDC)

Firma: _____ Fecha: _____
(Director ejecutivo)