

Verificación de auto-declaración

SOLICITANTE: El presente formulario de auto-declaración sobre el ingreso se utiliza solo en el caso de pacientes sin techo, aquellos que son jornaleros, trabajadores migrantes o por temporada y pacientes que devengan ingreso en forma de propinas.

Esta información es necesaria para constatar si cumple con los requisitos.

Yo, _____, el suscrito, declaro que el cálculo aproximado del monto de mis ingresos es de \$_____ por _____. Esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender y acepto informar cualquier cambio que ocurra en mis ingresos.

Testificación:

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información antes citada es correcta y verdadera. Si se requiere realizar verificaciones adicionales, acepto que se comuniquen conmigo.

Firma de la persona que llena este formulario
(*Signature of Person Completing This Form*)

Fecha en que se firmó
(*Date Signed*)

Este formulario debe ser notarizado:

El notario público suscrito certifica que el presente documento se firmó en mi presencia en la ciudad o el condado de _____ el día ____ de _____ de 20_____.

Notario público
(*Notary Public*)

Mi comisión vence el: _____
(*My commission expires*)