





**INFORMACION SOBRE INGRESOS**

**RECUERDE: Usted tiene que incluir comprobante de ingresos con su aplicación.**

financiera.

Todos los familiares de 18 años o más tienen que divulgar sus ingresos. Si no pueden proveer documentación, se puede entregar una declaración escrita describiendo sus ingresos. Por favor provea por cada fuente de ingresos que identifique.

**Ejemplos de comprobante de ingresos incluyen:**

- Formulario "W-2" con declaración de retención; o
- Talones de cheques actuales (3 meses); o
- La declaración de impuestos de ingresos del año pasado, incluyendo calendarios si aplica; o
- Declaración escrita y firmada por empleador(es) u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad por Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado;
- Aprobación/negación de elegibilidad por subsidio de desempleo.

**INFORMACION SOBRE GASTOS**

*Usamos esta información para obtener una imagen completa de su situación económica.*

**Gastos Mensuales De Su Hogar:**

- |                              |          |  |          |
|------------------------------|----------|--|----------|
| • Renta/Pago de Casa Mensual | \$ _____ | • Gastos Médicos   | \$ _____ |
| • Prima de Segura Medico     | \$ _____ | • Utilidades   | \$ _____ |
| • Otras(os) Deudas/Gastos    | \$ _____ | (Manutención, prestamos, medico/medicamentos, otros etc) |          |

**INFORMACION ADICIONAL**

*Favor de incluir cualquier otra información o circunstancias atenuantes abajo:*

**ACUERDO DEL PACIENTE**

Yo afirmo que la información arriba es cierto y correcto a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si la información que doy es determinada que es falso, el resultado puede ser negación de asistencia financiera, y puede ser que yo sea responsable por y que se espere que yo pague por servicios proveados.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha



