



Auto-declaración de Ingresos

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Falla en completar esta forma puede resultar en el rechazo de su aplicación para descuento.

No tengo ingresos.

Favor explicar cómo paga las cuentas de su familia. _____

Me pagan en efectivo.

No me pagan.

No recibo talones de pago.

No puedo conseguir una carta de mi jefe.

Favor explicar por qué no puede obtener una carta de su jefe: _____

Nombre de su jefe/compañía actual: _____

Mi sueldo en efectivo es \$ _____ Frecuencia (semanal, mensual, etc) _____

El Aplicante/recipiente debe leer lo siguiente y firmar abajo.

Yo certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos a parte de la información notada anteriormente, la cual es correcta y verdadera. Yo entiendo que esta información se usará para determinar mi elegibilidad para el programa de descuento de las clínicas White House

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

Employee must read the following and sign below

I certify that I asked the applicant/recipient about all sources of income received by the household and, before using this form, used best efforts to obtain other possible sources of documentation.

For Office Use Only:

Name of WHC Employee: _____ Date: _____

Signature: _____