



Auto-declaración de Ingresos

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del miembro de la familia: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

- No tengo ingresos.
 - Si no tiene ingresos, pase a la pregunta 5.
- Me pagan en efectivo.
- No me pagan con cheque.
- No recibo talones de pago.
- No puedo conseguir una carta de mi jefe.

2. ¿Donde trabaja? / ¿Que tipo de trabajo hace? _____

3. ¿Con que frecuencia le pagan?

- Semanal
- Cada dos Semanas
- Mensual
- Dos Veces por Mes
- Otro (por favor explique) _____

4. ¿Cuanto recibe cada vez que le pagan? _____

5. Lea la siguiente declaración y firme a continuación.

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: _____

Internal Use Only (should be completed by WHC employee who completes financial statement with patient)

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.

Employee Signature

Printed Name of WHC Employee

Date