

Declaraciones del paciente/Patient Statements

Estado de ingresos

Yo, _____, estoy proporcionando esta declaración para verificar mis ingresos, ya que no tengo

(Nombre, Apellido)

ninguna otra documentación de ingresos disponible. Yo recibo \$ _____ al mes, y la frecuencia de pago es:

Cantidad Bruta

Diaria

Semanal

Cada dos
semanas

Dos veces al mes

Mensual

Otra _____

La última vez que recibí esta cantidad fue _____ El nombre de mi empleador es _____

(Fecha)

El número de teléfono de mi empleador es _____

DECLARACIÓN DE NO TENER INGRESOS

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio que no tengo ingresos y que no recibo ningún

(Nombre, Apellido)

medio de apoyo financiero, incluyendo pero no limitado a: empleo pagado, ingresos por alquileres, herencias, manutención del cónyuge, pagos por interes de cuentas bancarias, o cualquier otro método.

DECLARACIÓN DE FALTA DE VIVIENDA

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio que no tengo hogar y que carezco de una

(Nombre, Apellido)

residencia nocturna fija, regular y adecuada.

Autodeclaración

La siguiente persona puede confirmar que no tengo hogar:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Entiendo que esta información está sujeta a verificación. Certifico que la información presentada en la(s) declaración(es) es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha