



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. APLICACIÓN PARA EL AUTO-ATESTACIÓN DE INGRESOS

Este formulario debe ser utilizado por pacientes que no tienen otro tipo de documentación para verificar sus ingresos.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Fecha de hoy: / /	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:

Se requiere que Unicare Community Health Center verifique el ingreso familiar de los pacientes que acceden a sus servicios.

- Me pagan en efectivo, no recibo cheques de pago y mi empleador no me proporcionará una carta confirmando mi pago.
- Estoy por cuenta propia y no presento impuestos. Por favor indique su ingreso mensual antes de impuestos y deducciones. \$ _____
- No recibo ningún ingreso. (Complete lo siguiente)

Yo, _____ (Escriba su nombre completo), por la presente certifico que yo (y mi familia) NO recibimos los siguientes ingresos de NINGUNA fuente. Entiendo que las fuentes de ingresos incluyen, entre otras, las siguientes:

- Salarios, sueldos y propinas
- Beneficios del seguro social
- Compensación del desempleo
- Trabajar por su propia cuenta o ingreso de negocio propio
- Pensión por divorcio o separación
- Pensión de Retiro
- Inversiones y ingresos por alquilar
- Otros ingresos imposables

Por favor, explique a continuación la forma en que usted (o su familia) ha pagado por estos dos gastos de vida sin ingresos en el hogar.

Utilidades: _____
Alojamiento: _____

Por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y entender. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa o falsa, y / u omisiones pueden descalificarme a mí y mi familia para que no podamos seguir siendo considerados para el programa de descuento de honorarios y me someterá a sanciones de acuerdo con las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. También estoy de acuerdo en informar a Unicare Community Health Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de descuento de honorarios bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Unicare Community Health Center. Por la presente reconozco que he leído y entiendo la divulgación anterior.

FIRMA _____ FECHA _____

ESCRIBA SU NOMBRE
* * * * *

INTERNAL USE ONLY

Eligible Family Size: _____ Total Gross Household Income: \$ _____ Scale: _____

This Self-Attestation Income Application is effective from _____ to _____.

REVIEWED BY: UCHC STAFF (SIGNATURE) _____ DATE _____

APPROVAL BY: OFFICE MANAGER (PRINT NAME) _____ SIGNATURE _____