

**Formulario de autodeclaración de ingresos del paciente**

Suministre la información solicitada a continuación solamente si no tiene otra manera de comprobar sus ingresos. Si no proporciona dicha información, su solicitud para el programa de tarifas reducidas y descuentos variables podría ser denegada.

Marque todo lo que corresponda:

- Actualmente, estoy sin empleo.
- Recibo mi paga en efectivo.
- No recibo cheques de paga.
- No recibo talonarios de paga.
- No puedo obtener una carta de mi empleador para corroborar mis ingresos.

**Explique el motivo:**

---

---

El ingreso bruto de mi hogar es de \$ \_\_\_\_\_ por (marque uno con un círculo: semana / mes / año) y hay \_\_\_\_\_ integrantes familiares viviendo en mi hogar.

Empleador actual \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador \_\_\_\_\_

**Declaro que no tengo otra manera de comprobar mis ingresos y que toda la información expuesta anteriormente es correcta y verdadera. Entiendo que se utilizará esta información para determinar mi elegibilidad para el programa de tarifas reducidas y descuentos variables (el programa SFDS, por sus siglas en inglés), y que el Centro Comunitario de Salud del RUHS podría verificar esta información. Asimismo, entiendo que si intencionalmente falsifico mis ingresos, se me podría negar participar en el programa SFDS, podría tener que reembolsar los importes de los beneficios recibidos, y que podría ser procesado y penado conforme a la ley.**

Nombre del paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma (paciente/padre o madre/tutor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_