



Sólo utilice este formulario si usted no puede presentar el justificante de ingreso.

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Mi ingreso estimado anual de los hogares en la actualidad es de \$ _____.
(Por favor incluya la cantidad en dólares)

\$ _____ Ingreso Seguro Social por Incapacidad (SSDI) (A partir

____/____) \$ _____ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

\$ _____ la ayuda del Departamento de Bienestar Público

Beneficios de Desempleo \$ _____ (De ____ / ____ a ____/____)

\$ _____ Beneficios de Compensación de Trabajadores (desde ____ / ____ a ____ / ____)

\$ _____ dividendos, intereses, o cuentas de inversión

\$ _____ Empleo (Yo y / o mi cónyuge)

\$ _____ Otros, (incluye la asistencia de familiares, amigos, la caridad, o la iglesia. Por favor, especifique el Importe de la ayuda financiera que recibe-puede incluir el porcentaje de la renta, comida, etc.)

Número de Personas en el Hogar: _____

Patrocinador Certificado de contacto:

En contacto con el Patrocinador puede firmar a continuación para dar fe de la situación financiera del paciente.

Al mejor de mi conocimiento, sé que la información financiera proporcionada en esta solicitud para ser verdad.

Nombre: _____

Título: _____

Firma original: _____

Fecha: _____

(No se aceptan sellos)

Firma del paciente: _____