



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:** \_\_\_\_\_