

## DECLARACIÓN DE INGRESO

NOMBRE			NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

Complete la información debajo solo si no tiene otra manera de documentar sus ingresos. Todas las casillas deben ser marcadas y todas las preguntas respondidas. Si no completa este formulario, puede ser que su aplicación será negada.

- Me pagan en efectivo.
- No recibo comprobante de pago.
- No recibo cheques de pago.
- No puedo recibir una carta de mi empleador **Porque no?:** \_\_\_\_\_

Mi ingreso en efectivo es \$\_\_\_\_\_ Frecuencia? (semanal, mensual, etc.) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

***Se requiere una solicitud de tarifa de escala móvil al presentar un documento de formulario de autodeclaración de ingresos.***

### **LOS APLICANTES DEBEN LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR**

Certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información debe ser utilizada para determinar la elegibilidad para descuentos de servicios. Entiendo que Complete Wellness puede verificar la información que se a entregado en este formulario. Entiendo que si intencionalmente falcifico mi información de ingreso, yo tendré que pagar los beneficios recibidos o ser procesado bajo la ley estatal.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **LOS FACILITADORES DE APLICACIÓN DEBEN LEER Y FIRMAR**

Certifico que le pregunte al solicitante sobre todas las fuentes de ingresos recibidas por el hogar y, ante de utilizar este formulario, utilice los mejores esfuerzos para obtener otras posibles fuentes de documentación. La información comunicada en este formulario se recibió directamente de el solicitante y refleja los ingresos que me informo. No modifique las información de ninguna manera. Entiendo que si intencionalmente falsifico información o si ayudo al solicitante a falsificar información puedo perder mi trabajo y puedo ser procesado bajo la ley estatal.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_