Healthy Connections
Community Health Network
Medical • Dental • Behavioral Health • Outreach

VERIFICACION DE NO INGRESOS

Yo, _____ declaro que actualmente estoy desempleado. No recibo ningún ingreso de ninguna fuente, incluyendo la Seguridad Social, discapacidad o cualquier otra ayuda pública del Departamento de Estado de Servicios Humanos, para mí o para los miembros dependientes del hogar. No familiares, como compañeros de casa, no están incluidos.

No tengo ningún ingreso en este momento. Si comienzo a recibir ingresos de cualquier fuente, regresaré a Healthy Connections, Inc. y traeré un comprobante de ingresos para que mi tarifas de descuentos variables se puedan ajustar.

Si usted no revela completamente su ingreso exacto, recursos y la información del tamaño de la familia, inmediatamente será usted objeto de procedimientos judiciales por fraude. Al firmar esta declaración de ingresos, entiendo que le doy permiso a Healthy Connections, Inc. para acceder al Servicio de Impuestos Internos para la última declaración de impuestos federales. Entiendo que las declaraciones falsas o engañosas me impiden participar en este programa y me pueden dar de baja como paciente de Healthy Connections, Inc.

En su caso, véase el documento adjunto de solicitud de información sobre los ingresos fiscales.

_____
Firma del Paciente

_____
Fecha

_____
Firma de la Consejera Financiera
O Designado

_____
Fecha

Cuándo y dónde fue empleado por última vez?

¿Está recibiendo desempleo?
Si / No

¿Cómo está pagando sus facturas?