

ANEXO A: CERTIFICACION DE CERO INGRESOS

Comprobante de ingresos

Instrucciones: Por favor, llene este formulario en el caso que el paciente **NO** pueda demostrar sus ingresos económicos. El formulario debe ser completado por el paciente y enviado a Project Access a través del Coordinador de la Clínica junto al paquete de ingreso.

Yo, _____ declaro tener “Cero Ingresos”;
ESCRIBA SU NOMBRE

No poseo, ni puedo obtener alguno de los siguientes documentos:

- Declaración de Impuestos anteriores (W-2)
- Talones de pago de los últimos tres meses
- Talón más reciente de pago por desempleo
- Documentación de divorcio y duración de la manutención/pensión alimenticia
- Documentación legal demostrando cantidad y duración de acuerdo legal/premios de lotería y/o pagos por concepto de herencia

Aseguro que mi información sobre mis ingresos y dirección es verídica y completa. Declaro de buena fe que la información anterior es verdadera y que no pretendo cometer fraude. Entiendo que acciones adecuadas serán tomadas en mi contra al no poder comprobarse la información anterior presentada; incluyendo facturas por los servicios recibidos. Acuerdo que se realice una investigación sobre mi historial crediticio para confirmar mi información.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL COORDINADOR DE LA CLINICA:

Certifico que la documentación/información presentada es precisa a mi buen juicio.

Nombre del Coordinador

Firma

Fecha