

Declaracion de ingresos no reportados

Nombre del paciente : _____ Fecha: _____

Nombre del partido responsable: _____ Relacion: _____

Numero de cuenta: _____

Yo, _____ el firmante, aqui testifico a lo siguiente:
(paciente / partido responsable)

_____ He recibido ingresos no reportados desde _____.
(fecha)

_____ Mis ingresos semanales son \$ _____.

_____ Me pagan en efectivo.

_____ El lugar donde trabajo es: Nombre del negocio: _____

Direccion: _____

Titulo: _____

_____ No puedo proveer verificacion de mis ingresos porque:

Yo certifico que la informacion arriba es verdadera y correcta segun entiendo.

Firma: _____

Fecha: _____