

Formulario de declaración de ingresos

Información del paciente	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente: «DOB»
Dirección:	Número de teléfono:
<p>Declaración de empleo:</p> <p>Yo, _____, declaro que mi ingreso principal está exento de impuestos. Mi ingreso familiar del último año fue de \$ _____.</p> <p>O BIEN</p> <p>Mi ingreso familiar mensual es de \$ _____.</p> <p>También certifico que un total de _____ personas (incluidos hijos, cónyuge, padres, abuelos, etc.) viven en mi hogar.</p> <p><i>Certifico que la información que he proporcionado es correcta y autorizo que el Programa de descuento de tarifa móvil de SCC la utilice para determinar mi elegibilidad. Entiendo que esta información también se utilizará para determinar mi nivel de descuento de tarifa móvil.</i></p> <p>Firma del solicitante: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del administrador de casos: _____ Fecha: _____</p>	