Verificación de Ingresos

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿En qué ciudad vive? _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en la <u>Ciudad</u> listada arriba? _____

¿Cuántas personas viven en el hogar? _____

¿Que es su ingreso annual? _____

Por Favor Circulo

Por Semana Por Mes Por Año

Certificación: Certifico que soy residente de la ciudad de _____ y que mi tamaño de familia y el nivel de ingreso anual seleccionado arriba es correcto y exacto a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información puede estar sujeta a verificación en cualquier momento por un tercero. También reconozco que dar información falsa podría someterme a las sanciones de la ley federal, estatal y local.

_____

Firma Fecha

_____

Employee Verification Fecha