



Mountain Valleys
HEALTH CENTERS
Declaración de Cuenta de Ingresos

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

No puedo proporcionar prueba de ingresos y debo declarar mis ingresos al llenar este formulario.
Entiendo que debo reportar los ingresos que recibí durante los doce meses anteriores a la fecha de esta declaración.

Fuentes e de ingresos enumerados en la solicitud para los que no tengo prueba:

Fuente: _____ **Cantidades de los últimos 12 meses:** _____

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: _____

Fuente: _____ **Cantidades de los últimos 12 meses:** _____

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: _____

Fuente: _____ **Cantidades de los últimos 12 meses:** _____

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: _____

Fuente: _____ **Cantidades de los últimos 12 meses:** _____

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: _____

Si usted declara cero ingresos, explique su situación de vivienda y cómo se cumplen sus gastos mensuales.

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta y le doy permiso a Mountain Valleys Health Centers para investigar cualquier información contenida en esta declaración de ingresos.

Firma de Paciente _____ **Fecha** _____

Self-Declared income must be approved by the Team Lead or COO (signature acknowledging approval is required on the Sliding Fee Application).