



# Teche Action Board, Inc.

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CARENCIA DE INGRESOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La carta proporciona una lista de recursos que se utiliza como prueba de ingresos a Teche Action Clinic. Marque las casillas que afectan su situación económica.

- No recibo ingresos por mi trabajo.
- No recibo subsidios por mi trabajo.
- No recibo cupones de alimentos.
- No recibo beneficios de indemnización por accidente laboral.
- No recibo ingresos por discapacidad.
- No recibo ingresos complementarios de seguridad.

\_\_\_\_\_ Un familiar **SÍ** me apoya económicamente.

¿Qué parentesco tiene con usted?: \_\_\_\_\_  
¿Qué cantidad le aportan estas personas económicamente?  
Cantidad: \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

**Certifico que, a mi leal saber y entender, la información dada en este formulario es verdadera y exacta. Si se demuestra que la información dada es falsa, entiendo que Teche Action Board, Inc. puede descalificarme para cualquier descuento y cobrarme por todos los servicios recibidos y cualquier servicio que pague Teche Action Board, Inc.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado de Teche

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Su centro de atención médica primaria*

