



Teche Action Board, Inc.

Formulario de Declaración de Falta de Ingresos

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Esta carta está proporcionando una lista de los recursos que se utiliza como prueba de ingresos para Teche Action Clinic. Por favor, marque las Casillas que afectan su situación financiera.

- No recibo ningún ingreso por empleo
- No recibo ninguna compensación de desempleo
- No recibo Estampías de Comida
- No recibo los beneficios de compensación de trabajador
- No recibo ningún ingreso por discapacidad
- No recibo ningún ingreso suplementario de seguridad
- Un miembro de la familia me apoya financieramente.
 - ¿Cómo está esta persona relacionada con usted?
 - ¿Cuál es la cantidad que este individuo contribuye a usted financieramente?
 - Cantidad _____ Que Frecuentemente? _____

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si la información suministrada, está probada falsa, entiendo que Teche Action Board, Inc. me puede descalificar de todo descuento y me facturara por todos los servicios recibidos u cualquier servicio pagado por Teche Action Board, Inc.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Admisión/Entrevistado

Fecha

