



# 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

