

Nombre: _____	App. Reg/Case #: _____
Número de Seguro Social: XXX-XX-____	
Domicilio: _____	
CALLE	
CIUDAD	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL

Suministre los siguientes datos a continuación solamente si usted no tiene ninguna otra manera de documentar su ingreso. Debe marcar todas las casillas a continuación y contestar todas las preguntas. El no rellenar este formulario tendrá como resultado la denegación de su solicitud.

- Me pagan en efectivo
- No recibo cheque salarial
- No recibo el talón del cheque salarial
- No puedo obtener una carta de mi empleador. **Explique por qué:** _____

Mi ingreso en efectivo es de \$_____ Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.) _____

Empleador actual: _____

El solicitante / beneficiario debe leer lo siguiente y firmar a continuación

Certifico que no tengo ninguna otra manera de verificar mi ingreso y que los datos anteriores son verdaderos y exactos. Estoy consciente de que dicha información se podrá utilizar para tomar una decisión en cuanto a si reúno las condiciones de los programas de seguro de salud público. Entiendo que las personas encargadas de los programas pueden verificar los datos en este formulario. También, estoy consciente de que si intencionalmente falsifico datos sobre mis ingresos, se me podrá exigir el reembolso de los beneficios recibidos y estaré sujeto a enjuiciamientos según la ley estatal.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Los representantes especializados en el proceso de inscripción deben leer lo siguiente y firmar a continuación

Certifico que le he preguntado al solicitante / beneficiario sobre toda fuente de ingreso que el hogar recibe y, antes de usar este formulario, hice todo lo posible por obtener otras fuentes de documentación. Los datos informados en este formulario fueron suministrados exclusivamente por el solicitante / beneficiario y reflejan el ingreso que el solicitante me informó. No he modificado de ninguna manera los datos. Estoy consciente de que si de alguna manera he modificado a propósito los datos en este formulario o he asistido al solicitante a falsificar algún dato, puedo perder mi trabajo y se me puede someter a enjuiciamientos según la ley estatal.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____