

Atención Primaria de Salud del Norte de Mississippi



Explicación de apoyo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Verifico que recibo apoyo de un ☐ Individual ☐ Organización ☐ Otro *(Encierra en un círculo uno)*

Ingreso mensual (Marque todo lo que corresponda)	Importe	Fuente	Información de contacto de la fuente
☐ Efectivo	\$		
☐ Alquilar	\$		
☐ Víveres	\$		
☐ Teléfono celular	\$		
☐ Gas	\$		
☐ Otro	\$		

Ingresos mensuales declarados: \$ _____ (Suma de todos los importes enumerados anteriormente)

Bajo pena de perjurio, Doy fe de que esta información es verdadera y precisa, y que el Centro de Salud Primaria del Norte de Mississippi (NMPHC) puede comunicarse con la fuente de apoyo para verificar el recibo y los montos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Bajo pena de perjurio, Doy fe de que la información anterior es verdadera y precisa.

Firma de la persona/organización/otra fuente de ingresos: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Reported Annual Income: \$ _____ (Reported monthly income x 12)
Family Size: _____

Slide Class: A B C D E