

## Auto-Certificación de Ingresos – Programa de Descuento de Tarifa Variable

Complete la siguiente información si **no puede** proporcionar documentación de los ingresos de su hogar

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Tamaño de la familia:

El tamaño de la familia se define como un grupo de dos (2) personas o más (uno de los cuales es cabeza de familia) Parentesco de nacimiento, matrimonio, adopción y convivencia. El tamaño del hogar se limitará a la familia inmediata; cónyuge, hijos y dependientes.

Círculo uno: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro de la familia	Relación	Fecha de nacimiento

Actualmente **no tengo ninguna documentación** para verificar mis ingresos. La(s) razón(es) son::

Marque todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	Me pagan en efectivo
<input type="checkbox"/>	No presenté una declaración de impuestos el año pasado
<input type="checkbox"/>	No puedo recibir una carta de mi empleador
<input type="checkbox"/>	Otro (Sírvense explicar)

Incluya a continuación la cantidad de apoyo que recibe cada mes y la fuente del apoyo

Ingreso mensual (Marque todo lo que corresponda)	Importe:	Fuente:
<input type="checkbox"/> Efectivo	\$	
<input type="checkbox"/> Alquiler	\$	
<input type="checkbox"/> Víveres	\$	
<input type="checkbox"/> Teléfono celular	\$	
<input type="checkbox"/> Gas	\$	
<input type="checkbox"/> Otro:	\$	

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

SOLO PARA USO INTERNO

Reported Annual Income: \$ \_\_\_\_\_ (Reported monthly income x 12)

Family Size: \_\_\_\_\_

Slide Class: A B C D E

Bajo pena de perjurio, certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para el **Programa de Descuento de Tarifa Variable de Atención Médica Primaria del Norte de Mississippi**. Acepto que cualquier información u omisión engañosa o falsa me someterá a sanciones en virtud de las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

STATE OF MISSISSIPPI

COUNTY OF \_\_\_\_\_

Personally appeared before me, the undersigned authority in and for said county and state, on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, within my jurisdiction, the within named \_\_\_\_\_, who acknowledged that (he/she/they) executed the above and foregoing instrument.

Notary Public

Printed Name: \_\_\_\_\_

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

Notary Stamp Here