

## CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL DECLARACIÓN DE INGRESOS

POR FAVOR COMPLETE:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: Male  Female

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número Seguro Social: \_\_\_\_\_

MM DD YYYY

Housing: (marcar) Renta Propia Renta de Cuarto Alberge Sin Hogar Otro

Raza: (marcar) Blanca Asiatico Africanos-American Hawaiano Nativo  
Isleño del Pacifico Indio Americano/Nativo de Alaska Mas de una raza Otra

Origen Etnico: (marcar) Hispanos No Hispanos Veterano: (marcar) Si No

Barrera Lingüística: (marcar) Si No Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Cantidad de Familia: (usted, cónyuge, e hijos menores de 18 años) \_\_\_\_\_

\*Ingresos: Si  No  Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Semanal  Quicenal  Mensual  Annual

*\*Prueba de ingresos o no Ingresos será requerida por el Personal para ser actualizada cada doce meses.*

Por favor, marque todas las fuentes de ingresos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soy empleado/ pareja es empleado        | <input type="checkbox"/> Desempleado, No prueba de ingresos proporcionada |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo                 | <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos                             |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social                           | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia                              |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado del Seguro Social         | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos                         |
| <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pensión Laboral                                  |

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información arriba proporcionada es correcta y verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo - WCCHC

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de Expediente Clínico: \_\_\_\_\_

Registrado por: \_\_\_\_\_