



Teche Action Board, Inc.

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CARENCIA DE INGRESOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

La carta proporciona una lista de recursos que se utiliza como prueba de ingresos a Teche Action Clinic.
Marque las casillas que afectan su situación económica.

_____ No recibo ingresos por mi trabajo.

_____ No recibo subsidios por mi trabajo.

_____ No recibo cupones de alimentos.

_____ No recibo beneficios de indemnización por accidente laboral.

_____ No recibo ingresos por discapacidad.

_____ No recibo ingresos complementarios de seguridad.

_____ Un familiar **SÍ** me apoya económicamente.

¿Qué parentesco tiene con usted?: _____

¿Qué cantidad le aportan estas personas económicamente?

Cantidad: _____

¿Con qué frecuencia?: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información dada en este formulario es verdadera y exacta. Si se demuestra que la información dada es falsa, entiendo que Teche Action Board, Inc. puede descalificarme para cualquier descuento y cobrarme por todos los servicios recibidos y cualquier servicio que pague Teche Action Board, Inc.

Firma del paciente

Fecha

Firma del empleado de Teche

Fecha

Su centro de atención médica primaria

