

**RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM – COMMUNITY HEALTH CENTER**

**Formulario de auto declaración de ingresos del paciente**

Complete la información solicitada a continuación solamente si no tiene otra manera de comprobar sus ingresos. Sin la información solicitada, su solicitud para el programa de tarifas reducidas y descuentos variables podría ser negada.

Marque todo lo que le corresponda:

- Actualmente, estoy sin empleo.
- Recibo mi sueldo en efectivo.
- No recibo cheques de pago.
- No recibo talonarios de sueldo.
- Estoy empleado/a pero no tengo mi prueba de ingresos hoy. Lo traeré a mi próxima visita.
- No puedo obtener una carta de mi empleo para corroborar mis ingresos.

**Explique el motivo:**

---

---

El ingreso bruto de mi hogar es de \$ \_\_\_\_\_ por (semana / mes / año) y hay \_\_\_\_\_ integrantes familiares viviendo en mi hogar.

Empleador actual \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador \_\_\_\_\_

**Certifico que no tengo otra manera de comprobar mis ingresos y que toda la información indicada anteriormente es correcta y verdadera. Entiendo que esta información se usará para determinar mi elegibilidad para el programa de tarifas reducidas y descuentos variables (el programa SFDS, por sus siglas en inglés), y que el Centro Comunitario de Salud del RUHS podrá verificar esta información. Asimismo, entiendo que, si intencionalmente falsifico mis ingresos, se me negara la participación en el programa, y es posible que tenga que reembolsar los beneficios recibidos, y ser procesado/a y penado conforme a la ley.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente/padre o madre/tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha