

## Declaración Jurada de Ingresos

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor complete esto forma si usted no podrá presentar una prueba de sus ingresos o prueba de su seguro medico.**

¿Tiene usted algún miembro de su familia que vive en su casa que dio ingresos a la casa el año pasado?

Por favor escriba el total de personas que viven en su casa y sume el total de ingresos de todos los que viven en su casa.

Número de personas: \_\_\_\_\_ Total de ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio certifico que no recibo ingresos o no puedo proporcionar prueba de ingresos (razón por la que no puedo proporcionar: \_\_\_\_\_) de los beneficios mencionados:

- Pagos de trabajo (incluyendo, comisiones, propinas, bonos, etc.)
- Ingresos por operar un negocio, auto-empleo, u otro tipo de trabajo
- Ingreso de renta por propiedades
- Intereses o dividendos por acciones
- Pagos de Seguro Social, anualidad, póliza de seguro, fondos de retiro, pensiones, SSI (Seguro Suplementario de Ingresos) o beneficios por muerte.
- Pagos de desempleo o discapacidad
- Pagos de Asistencia Pública
- Pagos regulares recibidos por familiares o amigos
- **Cualquier otro pago no mencionando en la lista de arriba.**

Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio de mis ingresos o acciones a CCOLE en mi próxima cita. Yo entiendo que seré descalificada de recibir cualquier servicio a precio reducido si he dado información falsa.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma en nombre de otro paciente (menor de edad, etc.) Por favor explique su relación: \_\_\_\_\_

*\*Este forma se vence 1 año después de que usted haya firmado.*

## TIPOS DE VERIFICACION DE INGRESOS

*(Una nueva Prueba de Ingresos debe ser presentada cada año)*

### **COMPROBANTE DE INGRESOS DE SU TRABAJO (PERMANENTE O TEMPORAL):**

- **Un Talón de Cheque:**
  - Deben mostrar los ingresos **netos/brutos** y el número de horas trabajadas. (copia de cheques no son aceptadas porque no muestran el ingreso bruto).
  - Deben tener la fecha de este mes o del mes pasado. **O:**
- **Carta del Empleador:**
  - Debe tener la fecha de este mes o del mes pasado.
  - Debe mostrar los ingresos brutos y el número de horas trabajadas.
  - Debe de estar firmada por el empleador y tener información para contactarlo. **O:**
- La declaración de impuestos más recientes **Forma 1040** o **W2** (Preferimos los talones de cheques).

### **TRABAJADOR INDEPENDIENTE O NEGOCIO PROPIO:**

- La declaración de impuestos más reciente, **Forma 1040**.
- O:**
- Si no ha hecho la declaración de impuestos puede traer la extensión, **Forma 4868**.

### **DESEMPLEO O DISABILIDAD:**

- **Un talón de cheque** con fecha de este mes o del mes pasado.
- O:**
- **Carta de Beneficios** con fecha de este mes o del pasado mes

### **ASISTENCIA PÚBLICA:**

- **Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Napa “Tarjeta de Servicios”** con la información actualizada. **O:**
- **Solicitud Reciente de Servicios Públicos** que incluya la información financiera.

### **MEDI-CAL (Solicitud sin que aún haya sido aprobada):** ➤

**Solicitud más reciente** que incluya la información financiera.

