To be used when it is not possible to provide proof of earnings, i.e., collects and sells metal, flea market sales, yard sales, yard work, roadside stands, etc.

Autodeclaracion de Ingresos

Verification de ingresos del hogar para el paciente: _____
Nombre del paciente

Con mi firma doy fe de que he estado trabajando y recibiendo pago por lo siguiente. No tengo ninguna documentacion de ingresos y no es possible que las personas que me han pagado me entreguen una carta.

Tipo de trabajo: _____

Cantidad recibida: $_____ (Circula uno) por semana , quincenal o mes.

Nombre del asalariado (for favor imprima):_____

Firma del asalariado: _____ Fecha: _____

Para que firme la persona que pueda verificar los ingresos anteriores del hogar del paciente:

Con mi firma, puedo verificar que la declaracion firmada arriba sobre sus ingresos es verdadera y precisa.

Nombre de la persona (por favor imprima):_____

Firma (Obligatoria): _____ Fecha: _____

NOTA: **El asalariado y la persona que verifica los ingresos DEBEN firmar esta declaracion. El formulario complete debe acompanar la solicitud de Medication Assistance Pharmacy.**