



Formulario de ingresos nulos

ESTE FORMULARIO SE DEBE UTILIZAR ÚNICAMENTE SI NO EXISTEN INGRESOS EN EL GRUPO FAMILIAR

SECCIÓN 1: información sobre el paciente (toda la información es obligatoria)

Mediante mi firma, verifico que **NI YO, NI NADIE QUE VIVE EN MI CASA** tenemos ningún tipo de ingreso. Si cualquier persona de mi grupo familiar o yo recibimos cupones para alimentos o ayuda de la Housing Authority (HUD, Autoridad de Viviendas), **ADJUNTÉ PRUEBA DE LOS MONTOS RECIBIDOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS O DE LA HOUSING AUTHORITY.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 2: persona que ayuda o mantiene al paciente (se deben completar todas las secciones con los montos en dólares). Debemos saber cómo paga la vivienda, los alimentos y los servicios públicos.

Nombre de la persona que ayuda al paciente (en letra de imprenta): _____

Indique el monto en dólares que pagó/entregó en los últimos 30 días para cada uno de los puntos a continuación que corresponda:

\$ _____ Casa/renta (si la respuesta es \$0, indique por qué): _____
\$ _____ Alimentos (si la respuesta es \$0, indique por qué): _____
\$ _____ Servicios públicos (si la respuesta es \$0, indique por qué): _____
\$ _____ Monto total que le entrega al paciente por mes

Mediante mi firma, verifico la situación de vivienda actual del paciente, que toda la información es verdadera y que no se brindan servicios ni trabajo a cambio de la asistencia. **LA PERSONA QUE AYUDA AL PACIENTE NO PUEDE VIVIR EN LA MISMA CASA QUE EL PACIENTE.**

_____ Fecha: _____
Firma de la persona que ayuda al paciente o verifica su situación de vivienda actual.

IMPORTANTE:

- **El paciente debe firmar la SECCIÓN 1 de este formulario.**
- **La persona que ayuda al paciente debe completar y firmar la SECCIÓN 2 de este formulario.**
- **Se debe presentar el formulario completado junto con la solicitud de Welvista.**