



## 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.