



# Siskiyou Community Health Center

**GRANTS PASS MEDICAL**

1701 NW Hawthorne Ave  
Grants Pass, OR 97526  
Teléfono: (541) 471-3455  
Fax: (541) 471-1439

**CAVE JUNCTION MEDICAL**

25647 Redwood Highway  
Cave Junction, OR 97523  
Teléfono: (541) 592-4111  
Fax: (541) 592-3916

**GRANTS PASS DENTAL**

1701 NW Hawthorne Ave  
Grants Pass, OR 97526  
Teléfono: (541) 479-6393  
Fax: (541) 479-6489

## CERTIFICADO: Imposibilidad de proporcionar documentación de ingresos

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

He presentado una solicitud para el programa Sliding Discount Program en el Siskiyou Community Health Center. Entiendo que debo presentar documentación para verificar mis ingresos; sin embargo, no cuento con ningún certificado de ingresos para presentar. Mi situación económica actual es la siguiente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro que el ingreso de mi grupo familiar es de \$ \_\_\_\_\_ por mes/año (*encierre en un círculo el que corresponda*). El ingreso que informo proviene de \_\_\_\_\_.

Comprendo que este es un programa regulado por el gobierno federal y que la información que presenté anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender, y que si he hecho declaraciones falsas a sabiendas acerca de mi situación financiera, estoy cometiendo fraude.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Certificado de información recibida

Para que este formulario se considere una prueba de ingresos, una persona que conozca su situación debe completar y firmar esta sección. Esta persona no puede ser un familiar, una persona que viva en el mismo hogar ni un empleado de Siskiyou Community Health Center.

Certifico que, a mi leal saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas. Comprendo que si sé que la información es falsa y firmo esta declaración, soy cómplice de un fraude.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con la persona identificada arriba: \_\_\_\_\_