

**Certificado: Imposibilidad de proporcionar documentación de ingresos**
☐ **Grants Pass Medical**

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

☐ **Cave Junction Medical**

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

☐ **Grants Pass Dental**

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

---

 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 Corresponda*). El ingreso que informe 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 indentificada arriba