



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) 472-4701

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