OLE HEALTH

SLIDING FEE SCALE SELF ATTESTATION (SPANISH)

Place Patient/Client Label Here

Declaración Jurada de Ingresos

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor complete esto forma si usted no podrá presentar una prueba de sus ingresos o prueba de su seguro medico.

¿Tiene usted algún miembro de su familia que vive en su casa que dio ingresos a la casa el año pasado?

Por favor escriba el total de personas que viven en su casa y sume el total de ingresos de todos los que viven en su casa.

Número de personas: _____ Total de ingresos mensuales: $ _____

Yo, _____, por este medio certifico que no recibo ingresos o no puedo proporcionar prueba de ingresos (razón por la que no puedo proporcionar: _____) de los beneficios mencionados:

- Pagos de trabajo (incluyendo, comisiones, propinas, bonos, etc.)
- Ingresos por operar un negocio, auto-empleo, u otro tipo de trabajo
- Ingreso de renta por propiedades
- Intereses o dividendos por acciones
- Pagos de Seguro Social, anualidad, póliza de seguro, fondos de retiro, pensiones, SSI (Seguro Suplementario
- de Ingresos) o beneficios por muerte.
- Pagos de desempleo o discapacidad
- Pagos de Asistencia Pública
- Pagos regulares recibidos por familiares o amigos
- **Cualquier otro pago no mencionando en la lista de arriba.**

Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio de mis ingresos o acciones a OLE en mi próxima cita.
Yo entiendo que seré descalificada de recibir cualquier servicio a precio reducido si he dado información falsa.

Firmado _____ Fecha: _____

Si firma en nombre de otro paciente (menor de edad, etc.) Por favor explique su relación: _____

**Este forma se vence 1 año después de que usted haya firmado.*