

**Sin Ingresos Comprobables
(Verification of No Verifiable Income)**



Este formulario debe ser devuelto al Centro de Salud PrairieStar con la Solicitud de Asistencia Financiera en o antes de la fecha del servicio. Esta verificación expira en noventa (90) días. Es responsabilidad del paciente re-certificar antes del vencimiento de 90 días. No se enviará ningún recordatorio.

PATIENT INFORMATION			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
DIRECCION DEL PACIENTE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO
TELEFONO - CASA	TELEFONO - CELULAR		FECHA DE NACIMIENTO
EXPLICAR POR QUÉ NO TIENE INGRESOS VERIFICABLES (DESEMPLEADOS SIN BENEFICIOS, RELOCACIÓN, ETC.), Y CÓMO ESTÁ RECIBIENDO REFUGIO Y OTRAS NECESIDADES.			

Entiendo que la información proporcionada en este formulario es correcta y está sujeta a verificación por PrairieStar Health Center.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE	

TENGA ALGUIEN QUIEN PUEDE VERIFICAR SU FIRMA DE INFORMACIÓN Y FECHA ESTA SECCIÓN FRENTE A UN NOTARIO.

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta, según mi mejor conocimiento. También declaro que no soy responsable de la deuda del paciente anterior.

FIRMA DE VERIFICADOR INDIVIDUAL	FECHA
NOMBRE IMPRESO	

FIRMA DEL NOTARIO O DEL REPRESENTANTE DE PSHC	FECHA
NOMBRE IMPRESO	MI COMISIÓN EXPIRA
SELLO NOTARIAL	