

**Verificación de Ingresos no Verificables
(Verification of No Verifiable Income)**



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

INFORMACION DEL PACIENTE			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
DIRECCION DEL PACIENTE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO		FECHA DE NACIMIENTO
BREVEMENTE EXPLIQUE POR QUE USTED NO TIENE INGRESOS (ESTA DESEMPLEADO SIN BENEFICIOS, POR RELOCACION, ETC.), Y COMO ESTA RECIVIENDO REFUGIO Y OTRAS NECESIDADES			

En cuanto obtenga empleo, yo entiendo que deberé de presentar documentación de ingresos lo más pronto posible. Yo certifico de que la información que he proveído en esta forma es correcta y está sujeta a verificación por el PrairieStar Health Center. Yo entiendo que dar información falsa u omitir información me descalificarán para obtener un descuento.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE	

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE PSHC	FECHA
---------------------------------	-------