

Verification of No Verifiable Income

(Verificación de ingresos no verificables)



PRAIRIE STAR
Health Center
non-profit • FQHC

Este formulario debe devolverse a PrairieStar Health Center con la solicitud de escala móvil de tarifas en o antes de la fecha de su cita. Esta verificación expira en noventa (90) días. Es responsabilidad del paciente volver a certificar antes del vencimiento de 90 días. No se enviará ningún recordatorio.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
APELLIDO	NOMBRE		INICIAL MEDIA
CALLE DE SU DOMICILLIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO DEL EMPLEADOR		FECHA DE NACIMIENTO
VERIFICACIÓN DE INGRESOS			
Explique brevemente por qué no tiene ingresos verificables (desempleo sin beneficios, reubicación, etc.)			
Si su ingreso es \$0.00			
1. ¿Está recibiendo ayuda de alguna entidad gubernamental o otra organización? Por favor explique			
2. ¿Cómo está satisfaciendo sus necesidades de alimentos, ropa, refugio y transporte?			
3. ¿Es su situación de vida actual temporal, y si es así, cuál es el período aproximado de tiempo?			
Al momento del empleo, entiendo que debo presentar la documentación de ingresos lo antes posible. Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y está sujeta a verificación por parte de PrairieStar Health Center. Entiendo que la información falsa o omisiones me descalificarán de un descuento.			
FIRMA DEL SOLICITANTE		FECHA	
NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE			
PSHC REPRESENTATIVE SIGNATURE		FECHA	