



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(This information is required only to determine eligibility for our Sliding Fee Scale Discount Program)
(Esta información es necesaria solamente para determinar el criterio de admisión para el "Programa de Descuento Sliding Scale")

SOLICITANTE- Esta sección debe ser rellena por el solicitante.

Por la presente otorgo a Rockbridge Area Health Center permiso para divulgar mis ingresos, de manera que mi admisión para el "Programa de Descuentos Sliding Scale (SFDP)" pueda ser determinada.

Nombre del solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Verificación de ingresos – Presentado si el solicitante no puede proveer los comprobantes de pago o recibe los pagos en efectivo.

Si un solicitante no puede proveer los **comprobantes de pago** requeridos (es decir, los comprobantes de pago no están disponibles y/o el solicitante ha comenzado a trabajar pero no ha recibido comprobantes de pago todavía), el solicitante debe proveer un formulario de verificación de ingresos, el que debe ser relleno y firmado por **cada** empleador. Una vez verificado, el solicitante será considerado para determinar la admisión para el "Programa de Descuentos Sliding Scale."

Si el solicitante recibe sus **pagos en efectivo** de uno o más de sus empleadores (individuos, negocios y/o organizaciones), o **recibe efectivo** de individuos, negocios y/o organizaciones por trabajos corrientes, trabajos diarios y/o servicios domésticos (ej. jardinería, paisajismo, servicio de limpieza, cuidado infantil, etc.), y **el efectivo recibido no está incluido en su declaración de impuestos**, el solicitante debe proveer un formulario de verificación de ingresos de cada empleador y de cada no empleador (es decir, individuos, negocios, y/o organizaciones) por servicios. Una vez verificado, el solicitante será considerado para determinar la admisión al Programa de Descuentos Sliding Scale.

Empleador / no empleador–Esta sección debe ser rellena por el empleador/no empleador del solicitante

Nombre (del individuo / la empresa / organización) _____ Dirección y ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del contacto _____ Número de teléfono del contacto _____

1. Fecha de contrato: ____/____/____

2. Salario por hora \$ _____ # de horas/semana _____

3. ¿Cada cuánto le pagan al solicitante? SEMANAL _____ QUINCENAL _____ MENSUAL _____

Yo entiendo que Rockbridge Area Health Center podría contactarme para verificar esta información. Además, entiendo que proveer información falsa o información que después puede ser determinada como falsa resultará en la revocación de la admisión del solicitante para los descuentos del SFDP y la restauración del balance total de la(s) cuenta(s) y deberán ser pagadas inmediatamente.

Rellenado por (Nombre en la letra de imprenta y su título): _____

Firma: _____

Fecha: _____