



**AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS EN EFECTIVO OBTENIDOS** (Se debe completar un formulario separado para cada solicitante en el hogar que recibe ingresos en efectivo)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO

INCLUYA LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES DE INGRESOS EN EFECTIVO OBTENIDOS:

FECHA	FUENTE DE INGRESOS (Describa)	\$ CANTIDAD RECIBIDA

"Yo, (nombre del paciente/solicitante en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, por la presente declaro, bajo pena de perjurio y las leyes de los Estados Unidos de América, que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta y que esta es una declaración precisa de mis ganancias en efectivo durante el período de tiempo indicado anteriormente. Además, entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa sobre mi estado financiero puede resultar en la terminación de mis servicios de descuento de tarifa variable en Amoskeag Health. También entiendo que puedo ser procesado por fraude".

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal/testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha