



**AUTODECLARAÇÃO DE RENDA EM DINHEIRO AUFERIDA** (Formulário separado deve ser preenchido para cada candidato na família que recebe renda em dinheiro)

NOME PRÓPRIO

APELIDO

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO

CIDADE/ESTADO/CEP

TELEFONE

POR FAVOR, INCLUA AS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MAIS RECENTES DE RENDIMENTOS EM DINHEIRO OBTIDOS:

DATA	FONTE DE RENDA (Descrever)	\$ VALOR RECEBIDO

"Eu, (imprimir o nome do paciente/candidato) \_\_\_\_\_, declaro sob pena de perjúrio e das leis dos Estados Unidos da América que as informações fornecidas acima são verdadeiras e corretas e esta é uma declaração precisa de meus ganhos em dinheiro durante o período de tempo indicado acima. Além disso, entendo que a falha em fornecer informações precisas sobre minha situação financeira pode resultar no encerramento dos meus serviços de desconto de taxa deslizando na Amoskeag Health. Também entendo que posso ser processado por fraude."

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Solicitante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da equipe/testemunha

\_\_\_\_\_  
Data