

DECLARACION DE DESEMPLEO

Fecha: _____

Yo, _____, certifico con mi
(Primer Nombre y Apellido)
firma que yo **no estoy trabajando**.

La persona que me ayuda financieramente es:

_____ (Nombre y Apellido) _____ (relación)

El abajo firmante representa que no tiene seguro de salud o cualquier otra fuente de pagadores para los servicios de salud que se está solicitando con esta aplicación a la Clínica San John Bosco.

El abajo firmante representa además que ha estado residiendo continuamente en los Estados Unidos desde _____ (Mes) _____ (Año).

El abajo firmante también representa que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en todos los aspectos materiales. Si mi situación cambia soy responsable de notificar inmediatamente a la Clínica San Juan Bosco. Entiendo que, si alguna de la información anterior era falsa en el momento en que completé este formulario, o si no notifico a la Clínica de cualquier cambio, la Clínica San Juan Bosco tiene el derecho de darme de alta como paciente de la Clínica.

Firma del Apicante

STATE OF FLORIDA
County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ day of _____, 20____ by _____, who is personally known to me or who has produced _____ as identification.

Notary Signature

Notary Stamp