

## DECLARACION DE INGRESOS

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ certifico con mi  
(Primer Nombre y Apellido)

firma que yo trabajo por mi cuenta en el siguiente oficio: \_\_\_\_\_  
(Especifique el tipo de trabajo que usted hace)

**Yo certifico que mis ingresos brutos en las ultimas 4 semanas son \$** \_\_\_\_\_  
(Ingresos total incluye trabajado y no trabajado)

Los 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 Aplicante

STATE OF FLORIDA

County of \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_, who is rpersonally known to me or rwho has produced \_\_\_\_\_ as identification.

\_\_\_\_\_  
Notary Signature

\_\_\_\_\_  
Notary Stamp