

Salarios secundarios u otros ingresos				
Ingresos del Seguro Social				
Pensión				
Discapacidad				
Ingresos por alquiler				
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos				
Desempleo				
Asistencia Estatal				
Otros (se requiere el ingreso total del hogar)				
TOTAL				

Por la presente certifico que no he retenido a sabiendas ninguna información contenida en esta solicitud y que toda la información divulgada es correcta a mi leal saber y entender.

Doy permiso para que mi información sea verificada con el IRS u otros recursos para aprobar mi solicitud.

X **X**

Firma del Paciente / Responsable Fecha Firma del cónyuge/pareja Fecha

Representante del Hospital Memorial del Condado de Bates Fecha Departamento Apr-24