

Formulario de Auto Declaración

Información del Paciente	
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Numero de telefono:
Declaración del empleo:	
Yo, _____ declaro que mi principal empleo es en agricultura, y que actualmente estoy <input type="checkbox"/> Empleado o <input type="checkbox"/> Desempleado	
Nombre del patrón: _____	
Domicilio: _____	
Declaración del ingreso económico & composición familiar:	
Yo declaro que el ingreso familiar <input type="checkbox"/> Mensual o <input type="checkbox"/> Anual es de \$ _____.	
También declaro que el número total de personas (esposo/a, compañeros, hijos, padres, abuelos, etc.) que viven en mi casa es de _____ personas.	
Yo certifico que la información aquí proporcionada es correcta y entiendo que la información será usada para determinar nuestra elegibilidad para el Programa de Salud para Trabajadores de la Agricultura (<i>Migrant Health Program</i>) y para determinar si soy elegible para recibir un descuento temporario (<i>sliding scale discount</i>) por los servicios de salud.	
Yo he sido informado que de ser elegible recibiré un descuento temporario por un periodo de <input type="text"/> días. También se me informo, que dentro de los <input type="text"/> días, yo necesito presentar los documentos requeridos para continuar recibiendo el descuento.	
Yo entiendo que de no proporcionar esos documentos dentro de los <input type="text"/> días, podre continuar recibiendo servicios de salud en este Centro pero no tendré derecho a ningún descuento.	
Firma del solicitante: _____	Fecha: _____