

SHARING CLINIC INCOME DOCUMENTATION

Patient's Name: _____ MRN: _____

Patient's Employer: _____

Gross annual income: \$ _____

(Include total yearly income of everyone in the household who works.)

Total number of people living in household: _____

If you have no household income, how do you support yourself?

Have you applied for or do you get assistance from any other source? *Check any that apply:*

Medicaid Douglas County Disability Health Insurance

Other (please list): _____

I certify that all information listed above is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to determine my eligibility to attend the SHARING Clinic. I understand that providing false information or failure to complete this form and provide proof of income will automatically disqualify me from attending the SHARING Clinic.

Patient Signature: _____ Date: _____

***Return this completed form along with proof of income
to the SHARING Clinic at your next appointment.***

Proof of income includes copies of any one of the following as applicable:

Current Pay Stubs for All Household Incomes

Last Federal Income Tax Return

Documentation of Any Other Income Sources of Income or Means of Support

CLÍNICA SHARING

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS

Nombre de Paciente: _____ MRN: _____

Empleador de Paciente: _____

Ingreso anual antes de impuestos: \$ _____
(Incluye todas las personas en el hogar que tienen ingresos)

Numero total de todas las personas en el hogar: _____

Si es que no tienen ingresos en el hogar, explica como se sostienen financieramente?

Has aplicado por o recibes algún asistencia de otros recursos? *Marque los que se aplican:*

Medicaid Douglas County Deseabilidad Aseguranza de salud

Otro (favor de explicar): _____

Yo certifico que toda la información es correcto a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que toda la información será para determinar my elegibilidad en la Clínica SHARING. Yo entiendo que al proveer información falsa; o no completar este formulario y proveer pruebas de mis ingresos, automáticamente me descalificara de la Clínica SHARING.

Firma de Paciente _____ Fecha: _____

Entrega este formulario completo junto con sus pruebas de ingresos a la Clínica SHARING en su próxima cita.

Puede usar lo siguiente como pruebas de ingresos:

Talón de cheque mas reciente de todos en el hogar

Mas reciente copia de Impuestos Federales

Documentación de cualquier otro recurso o ingresos que tenga