

NINGUNA FORMA DE INGRESOS

Nota: Si usted o su cónyuge no trabaja y no tiene ningún ingreso, entonces por favor tiene que está ayudando a proporcionar su diario necesita llenar esto y firmar este formulario.

No rellene esta página tú mismo.

SI ESTO NO SE APLICA A USTED, ENTONCES POR FAVOR HACER CASO OMISO

Nombre del solicitante: _____

SSN: _____ - _____ - _____

Certifico que no ha tenido ningún ingreso desde y que he estado ofreciendo sus necesidades diarias durante este período de tiempo.

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

**Relación
al paciente:** _____