



**FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN DEL
PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE
(SLIDING FEE PROGRAM SELF-DECLARATION FORM: SPANISH)**

Nombre del paciente (Patient's Name):	MRN:	Fecha (mes/día/año) (Today's Date):
--	-------------	--

Si no cuentas con apoyo económico o documentación de tus ingresos puedes hacernoslo saber llenando este formulario.

Para autocertificar, seleccione una de las siguientes opciones y firme en la parte inferior.

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos. Esto es porque:

- ☐ Me pagan en efectivo. No recibo cheques de pago/recibos de pago. (*I am paid in cash. I do not get paychecks/pay stubs.*)
- ☐ No puedo proporcionar ninguna prueba de ingresos porque ni yo ni ningún otro miembro de mi hogar tenemos ninguna fuente de ingresos. (*I am unable to provide any proof of income because neither I nor any other member of my household has any source of income.*)

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que proporcioné es falsa, se me negará la asistencia financiera y será responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Nombre del paciente/tutor legal (imprimir)
Patient/Legal Guardian Name (Print)

Relación con el paciente del formulario de firma individual (Por ejemplo, paciente, padre, tutor)
(Relationship to Patient of Individual Signing Form)

Firma del paciente/tutor legal
(Patient/Legal Guardian Signature)

Fecha (*Date*)

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

I certify that I asked the applicant/recipient about all the sources of income received by the household and, before using this form, used my best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me.

Employee's Signature: _____ Date: _____