

FORMULARIO DE DECLARACIÓN

OPCIONAL: sólo utilice este formulario si no puede presentar documentación que compruebe sus ingresos.

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Mis ingresos anuales estimados por grupo familiar ascienden actualmente a \$_____.
(Por favor, incluya la cantidad en dólares)

- \$_____ Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI, *Social Security Disability Income*) (A partir de ____/____/____)
- \$_____ Ingresos de seguro complementario (SSI, *Supplemental Security Income*)
- \$_____ Asistencia del Departamento de Bienestar Público
- \$_____ Beneficios de desempleo (Del ____/____/____ al ____/____/____)
- \$_____ Beneficios por indemnización laboral (Del ____/____/____ al ____/____/____)
- \$_____ Dividendos, intereses o cuentas de inversión
- \$_____ Empleo (propio y/o de mi cónyuge)
- \$_____ Otros (incluye asistencia recibida de la familia, amigos, obras de caridad o la iglesia. Especifique la cantidad de asistencia financiera que recibe: puede incluir un porcentaje de la renta, alimentos, etc.).

Número de personas del grupo familiar: _____

Declaración del contacto del establecimiento:

El contacto del establecimiento debe firmar al pie para dar fe de la situación financiera del paciente.
A mi leal saber y entender, sé que la información financiera del paciente indicada en esta solicitud es cierta.

Nombre en letra de molde: _____

Cargo: _____

Firma original: _____

(No se aceptan sellos)

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Visítenos en www.safetynetfoundation.com para acceder a los formularios e información del programa y para presentar pedidos en línea.

The Safety Net Foundation ■ PO BOX 13185 ■ La Jolla, CA 92039-3185 ■ Teléfono: 888/SN-AMGEN (888/762-6436) ■ Fax: 866/549-7239