



Deklaracja dochodów osób opłacanych gotówką

Ośrodki Zdrowia Cook County Health pomagają całej społeczności i pacjentom zapewniając w razie potrzeby dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. **Opiekujemy się wszystkimi pacjentami bez względu na pochodzenie etniczne czy status imigracyjny.** Aby zapewnić właściwą pomoc musimy ocenić sytuację finansową. Proszę nam podać swoje dochody, żeby ustalić czy Pan/Pani kwalifikuje się do programu pomocy finansowej "Carelink". Aby uzyskać pomoc, wypełnij poniższe informacje.

Imię i nazwisko: _____

Rodzaj pracy wykonywanej: _____

Proszę zaznaczyć jedną z opcji, jak często otrzymuje Pan/Pani wynagrodzenie:

Płacą mi każdego dnia pracy

Płacą mi raz na miesiąc

Płacą mi każdego tygodnia pracy

Płacą mi po zakończeniu pracy sezonowej

Płacą mi co drugi tydzień

Inne:

Płacą mi dwa razy w miesiącu

proszę wyjaśnić, Płacą _____

Kiedy był ostatni dzień wypłaty? _____ (proszę podać datę)

Ile Pan/Pani otrzymał/a wynagrodzenia \$ _____

Ile Pan/Pani zarobił/a w ostatnich trzech (3) miesiącach? \$ _____

Miesięczne zarobki (z ostatnich trzech miesięcy) :

Miesiąc	Kwota
_____	_____
_____	_____
_____	_____