



**Deklaracja dochodów osób opłacanych gotówką**

**UWAGA: DOKUMENT TEN MUSI BYĆ POŚWIADCZONY NOTARIALNIE**

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". Proszę wypełnić wszystkie rubryki i poświadczyć ten formularz notarialnie.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Rodzaj pracy wykonywanej: \_\_\_\_\_

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

- Płacą mi każdego dnia pracy
- Płacą mi każdego tygodnia pracy
- Płacą mi co drugi tydzień
- Płacą mi dwa razy w miesiącu
- Płacą mi raz na miesiąc
- Płacą mi po zakończeniu pracy sezonowej
- Inne: \_\_\_\_\_  
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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczętka notariusza

\_\_\_\_\_  
Data