



Declaración de Ingresos para Personas que se les Paga en Efectivo

ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO DEBE SER **NOTARIZADO**

El Cook County Health está aquí para apoyar a nuestra comunidad y pacientes proveyendo cobertura de Seguro médico suplementario cuando sea necesario. **Cuidamos de todos los pacientes independientemente de su raza o estatus migratorio.** Para poder asistirle de una manera apropiada, necesitamos evaluar su situación financiera. Por favor infórmenos cuanto le pagan en su trabajo para poder determinar si usted califica para el programa de ayuda financiera Carelink. Por favor llene los espacios en blanco y notarice este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Descripción de su trabajo: \_\_\_\_\_

Por favor marque una de las declaraciones siguientes para describir con qué frecuencia le pagan.

- Me pagan por el día que trabajo
  - Me pagan la semana que trabajo
  - Me pagan por quincena (semanas alternas)
  - Me pagan dos veces al mes
  - Me pagan una vez al mes
  - Me pagan al final de la temporada
  - Otro
- Si marca otro, explique porque: Me pagan: \_\_\_\_\_

Cuál es su ultimo día de pago? \_\_\_\_\_ (por favor escriba la fecha)

Cuánto le pagaron? \$ \_\_\_\_\_

Cuánto le pagaron en los últimos tres (3) meses? \$ \_\_\_\_\_

Desglose mensual:

Mes	Cantidad pagada
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
Sello del Notario

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

\_\_\_\_\_  
Fecha