



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(Esta información solo se requiere para determinar la elegibilidad para nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable.)

SECCION DEL SOLICITANTE- Debe ser completado por el solicitante.

Por la presente otorgo permiso a Rockbridge Area Health Center para divulgar mis ingresos a fin de determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable.

Nombre del Solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Verificación de Ingresos-Sometido cuando el solicitante no puede proporcionar los talones de pago requeridos o se paga en efectivo.

Si un solicitante no puede proporcionar los **talones de pago requeridos** (es decir, los talones de pago no están disponibles y/o el solicitante ha comenzado a trabajar y los talones de pago a un no se han recibido), el solicitante, el proporcionar un formulario de Verificación de Ingresos completado y firmado **cada** empleador. Una vez verificado, el solicitante será considerado para la determinación de elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable.

Si a un solicitante se le paga en efectivo de uno o más empleadores (individuos, empresas, y/o organizaciones), o se le **paga en efectivo** a individuos, empresas y/o organizaciones que fomentan el trabajo informal, el trabajo diurno, o el servicio doméstico (por ejemplo, jardinería, limpieza, guardería, cuidado de niños etc.) y el efectivo pagado no está incluido en la declaración de impuestos del solicitante, el solicitante debe proporcionar un formulario de Verificación de Ingresos completado y firmado por **cada** empleador y no-empleador (es decir, individuos, empresas y/o organizaciones) ara servicios. Una vez verificado considerara al solicitante para la determinación de elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable.

EMPLEADOR/NO-EMPLEADOR- Esta sección debe ser completada por el empleado/no-empleador.

Nombre (Individuo, Negocio, Organización) Dirección Estado Código Postal

Nombre de Contacto Numero de Contacto

1. Fecha de Contratación: ___/___/___
2. Salario por Hora \$_____ # de horas/semanas_____ Propina: _____ Comisión: _____
3. ¿Con que frecuencia le pagan al solicitante? SEMANAL_____ QUINCENAL_____ MENSUAL_____

Además, entiendo que proporciona falsa información o que posteriormente sea determinada como falsa dará como resultado que se revoque la elegibilidad de la solicitud de Descuento De Tarifa Variable SDTV y el saldo total de la(s) cuenta(s) se restablecerá y tendrá que ser pagada inmediatamente.

Completada por (Nombre y Titulo Impreso): _____

Firma: _____ Fecha: _____