



## No Proof of Income Statement

### Formulario para Personas Sin Ingresos Economicos

Patient's Name/Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Medical Record Number/No. de Cuenta: \_\_\_\_\_

Patient/Paciente

Spouse/Esposo: \_\_\_\_\_

<p><b>I cannot provide proof of income for the past _____ months because I am/was:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unemployed  <input type="checkbox"/> Paid In Cash  <input type="checkbox"/> Self-Employed  <input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p><b>(No puedo entregar una prueba de mis ingresos economicos por los ultimos _____ meses porque):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado  <input type="checkbox"/> Pago en Efectivo  <input type="checkbox"/> Self-Employed  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>My estimated income total for the past _____ months is:                  _____</p>	<p>Mis ingresos estimados por los ultimos _____ meses han sido \$_____.</p>

\_\_\_\_\_  
 Patient or Representative Signature/  
 Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
 Date/ Fecha

**\*\*If the patient has zero income, the patient must complete a Living Expense Statement**

**Si el paciente tiene cero ingresos economicos, el paciente debe completar una Declaración de Ayuda en Gastos de Manutencion**