



**SECCIÓN TRES: INGRESOS**

Proporcione alguno de los comprobantes de ingresos que se indican a continuación que correspondan a usted, su cónyuge y a todos los demás miembros de la familia.

Fuente de ingresos	Ingreso bruto mensual actual - Paciente	Ingreso bruto mensual actual - Cónyuge/otro	Ingreso familiar mensual total	Comprobante de ingresos (para las fuentes correspondientes a continuación)
Salarios	\$	\$	\$	Talones de pagos recientes que demuestren por lo menos los ingresos de las últimas 4 semanas y los talones de pago que demuestren la totalidad de ingresos del año hasta la fecha, o una carta de verificación de ingresos firmada del empleador que actúe como comprobante de esta información.
Empleo autónomo	\$	\$	\$	Copia de la declaración de impuestos empresarial y personal del año pasado, incluidos todos los anexos.
Manutención de hijos o pensión alimenticia	\$	\$	\$	Copia de documentos judiciales actuales, confirmación impresa de un Amigo del Tribunal o copias de cheques o estados de cuenta bancarios que documenten los ingresos de lo que va del año.
Seguro social/pensiones	\$	\$	\$	Copia de carta de subsidio de beneficios, talones de cheques o un estado de cuenta bancaria que muestre los depósitos mensuales.
Dividendos, participaciones, ingresos de rentas	\$	\$	\$	Declaración de dividendos/participaciones, declaración de ingresos de rentas o copia de la declaración de impuestos del año pasado donde aparezcan los dividendos, intereses o ingresos por rentas.
Indemnización laboral o por desempleo	\$	\$	\$	Beneficios por desempleo del año hasta la fecha documentados, con los talones de pago de todo un año, una impresión del sitio web estatal que muestre los ingresos del año hasta la fecha, una carta de denegación que demuestre que no reúne los requisitos para calificar o carta de beneficios de Compensación del Trabajador que muestre los ingresos del año hasta la fecha.
Beneficios de veteranos	\$	\$	\$	Carta de beneficios de veteranos
Otros ingresos	\$	\$	\$	Estado de cuenta bancaria o documentación comprobatoria de otros ingresos (ingresos basados en la educación, ingresos varios, etc.)
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	

Si no tiene ingresos, describa brevemente cómo satisface las necesidades básicas de vida y quién brinda el apoyo.

**SECCIÓN CUATRO: BIENES**

Enumere todos los bienes que le correspondan a usted, a su cónyuge y a todos los demás miembros de su familia.

Tipo de bienes	Saldo actual para el paciente	Saldo actual para el cónyuge/otros
Cuenta bancaria - Ahorros	\$	\$
Cuenta bancaria - Cuenta corriente	\$	\$
Acciones, bonos, fondos	\$	\$
Cuenta de HSA/FSA	\$	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**SECCIÓN CINCO: CERTIFICACIÓN**

Lea con cuidado la sección que sigue y firme y feche en los espacios designados.

Entiendo que la información que presento a Bronson será verificada. Doy permiso a Bronson Healthcare Group para que acceda a mi informe de crédito si es necesario. También entiendo que Bronson Healthcare Group puede solicitar más información, por ejemplo, comprobante de bienes, cuentas bancarias, o una carta de denegación de Medicaid, si fuera necesario para decidir la elegibilidad. Esta solicitud puede ser denegada si no proporciono los documentos solicitados. Bronson Healthcare Group se reserva el derecho de revertir cualquier ajuste si el pago está disponible.

He leído cuidadosamente esta solicitud y toda la información que he proporcionado es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable del pago

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si no es usted)

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha