PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.
Verificación de Ingresos Alternativos

Nosotros en Premier Community Healthcare Group, Inc. (PCHG) entendemos que cada hogar tiene una la situación financiera diferente. Si usted no puede proveernos con talonarios de cheques, declaraciones bancarias, financieras u otra información que determinen los ingresos, por favor, elija una de las siguientes opciones, llene y firme. Todas las verificaciones de ingresos son válidas por un (1) año o hasta que su situación de ingresos cambie.

Opción 1. Declaración de Ayuda- debe ser llenada por la persona que le está brindando ayuda a usted o a sus dependientes.

Yo, _____ que vivo en _____
por la presente afirmo que yo soy quien está brindando ayuda a las siguientes personas:

Nombres de los Pacientes	**Fecha de Nacimiento**
1._____	_____
2._____	_____
3._____	_____
4._____	_____

Yo brindo la siguiente ayuda a las personas mencionadas: (escriba el valor mensual por todos los que apliquen)

Cantidad por Alimentos: $_____ Cantidad por Vivienda: $_____

Cantidad por Transportación: $_____ Otras Cantidades (especifique):_____ $_____

Yo confirmo que esta declaración de ayuda es precisa, verdadera y entiendo que es valida por un año.

_____ _____
Firma del Ayudante Fecha

Opción 2. Verificación de Empleo- favor de que su empleador llene esta parte del formulario

Nombre de Compañía: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Anote sus ingresos recibidos en las últimas cuatro (4) semanas:

Semana 1: $ _____

Semana 2: $ _____

Semana 3: $ _____

Semana 4: $ _____

_____ _____
Firma de Empleador Fecha

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA

Care Team Member Signature _____ **Date** _____