



Declaración de Cero ingresos

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de cuenta: _____

Instrucciones: Este formulario es necesario para los solicitantes que se declaren **sin ingresos durante los últimos 30 días**. Lea atentamente y complete todas las secciones.

Declaración de certificación

☐ **Afirmo que ni yo ni ningún miembro de mi grupo familiar recibimos ingresos de ninguna de las siguientes fuentes durante los últimos 30 días.**

- Salarios del empleo (incluidas propinas, primas, comisiones, honorarios)
- Ingresos procedentes de la explotación de una empresa
- Ingresos por alquiler de bienes muebles o inmuebles
- Intereses o dividendos de activos
- Pagos de la Seguridad Social, anualidades, pólizas de seguros, fondos de jubilación, pensiones o prestaciones por defunción
- Pagos por desempleo, indemnización por accidente laboral o discapacidad
- Prestaciones para veteranos
- Ayudas públicas
- Subsidios periódicos como la pensión alimenticia y la manutención infantil
- Ventas de recursos propios
- Cualquier otra fuente de ingresos no mencionada anteriormente.

Para ayudarnos a comprender mejor su situación actual y ponerle en contacto con los recursos disponibles, ¿podría indicarnos cómo ha gestionado usted o su grupo familiar los gastos de manutención, como la comida, la vivienda y los servicios públicos, durante los últimos 30 días? (Opcional)

☐ **Entiendo que debo notificar a Family First Health si mi estado de ingresos cambia y presentar una nueva solicitud para el Programa de descuento mediante escala móvil.**

☐ **Certifico que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones que figuran en el presente formulario son ciertas y exactas. Entiendo que proporcionar información falsa puede dar lugar a la denegación de la tarifa reducida.**

Firma del solicitante/garante

Fecha (mm/dd/aaaa)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de recepción: _____

Procesado por: _____

Fecha de procesamiento: _____

***Nota: No se aceptarán ni tramitarán los formularios incompletos.**