



SANDHILLS MEDICAL FOUNDATION, Inc.

Pacientes Declarando No Ingresos.

Fecha: _____

Esto es para Verificar que Yo, _____ No tengo ningun tipo de Ingresos Debido a _____. Yo dependo en _____ Para ayudarme con mis gastos. Ellos están firmando esta declaración para verificar mis ingresos del hogar, que son necesarios para determinar mi elegibilidad para el servicio de pago por visita.

Entiendo que debo informar de cualquier cambio en mis ingresos a SMF con el propósito de actualizar mi Informacion.

Esto **NO** excluye que el paciente sea responsable por pagar cada visita con el Dr. cada vez que tienen una cita y que su pago es necesario antes de ser chequeado por el Proveedor.

Firma del Paciente

Fecha

Yo declare que Yo, _____ Ayudo a _____ Con sus gastos mensuales en la cantidad de \$_____, porque el/ella no tiene ningun tipo de ingresos.

Firma

Fecha