

Certificación de Bajos Ingresos

Hoja de Evaluación de Ingresos

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Fuentes de ingresos: Todos los miembros de la familia dependientes que viven en el hogar. No incluye a invitados, compañeros o familiares independientes.

<u>Fuente de Ingresos:</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Semanal</u>	<u>Quincenal</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>
Sueldos y Salarios (auto)	_____	[]	[]	[]	[]
Sueldos y Salarios (cónyuge)	_____	[]	[]	[]	[]
Plan de Pensiones / Plan de IRA /Keogh	_____	[]	[]	[]	[]
Compensación al Trabajador (SIIS)	_____	[]	[]	[]	[]
Seguridad Social (niños)	_____	[]	[]	[]	[]
SSI (Suplementario de Seguridad)	_____	[]	[]	[]	[]
Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	_____	[]	[]	[]	[]
Ingresos de Propinas (Documentado)	_____	[]	[]	[]	[]
Ingresos por Intereses	_____	[]	[]	[]	[]
Beneficios Militares / Veteranos	_____	[]	[]	[]	[]
Beneficios de Desempleo	_____	[]	[]	[]	[]
Assis Pública. / Cupones de Alimentos	_____	[]	[]	[]	[]
Otros miembros de la familia	_____	[]	[]	[]	[]

Tamaño de la familia: _____