

Patient's Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

### Undeclared Income Verification Form

I \_\_\_\_\_, understand that I am receiving this form because I did not provide proof of income and family size today. As a result, I will be placed in Slide B for 30 days. This means, I will be financially responsible for 25% of my charges. I understand that failure to provide Borinquen Medical Centers with proof of income and family size within the 30-day period will result in me being placed on Slide E and I will be financially responsible for 100% of my charges. I acknowledge:

1. I have been given the list of documents required to determine my eligibility.
2. I have been offered an appointment with an Eligibility Specialist to determine my insurance eligibility.

By signing below, I understand and agree to the terms above.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Staff Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Ingresos No Declarado Formulario de Verificación

Yo \_\_\_\_\_, entiendo que estoy recibiendo este formulario porque no proporcioné prueba de ingresos y tamaño de la familia hoy. Como resultado, me colocarán en la diapositiva B durante 30 días. Esto significa que seré responsable financieramente del 25% de mis cargos. Entiendo que si no proporciono a Borinquen Medical Centers prueba de ingresos y tamaño de la familia dentro del período de 30 días, me colocarán en la Diapositiva E y seré financieramente responsable por el 100% de mis cargos. Reconozco:

1. Se me ha proporcionado la lista de documentos necesarios para determinar mi elegibilidad.
2. Me han ofrecido una cita con un especialista en elegibilidad para determinar mi seguro.

Al firmar a continuación Entiendo y estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_