



ATESTACIÓN DE BANCO/IMPUESTOS/INGRESOS

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Por favor solo seleccione los que aplican:

Cuentas Bancarias:

Por la presente certifico que no tengo ninguna cuenta bancaria (de ahorro o cheques).
Por favor acepte esta carta como verificación de que no tengo una cuenta bancaria.

Iniciales del solicitante: _____ Iniciales del cónyuge (si aplica): _____

Impuestos:

Por la presente certifico que no declare mis impuestos de ingresos federales o estatales para el año _____. Por favor acepte esta carta como verificación de que no declaro impuestos.

Iniciales del solicitante: _____ Iniciales del cónyuge (si aplica): _____

Ingresos:

Por la presente certifico que estoy desempleado y no tengo ningún ingreso de trabajo, seguro social, discapacidad o cualquier otra forma de ingreso.

Iniciales del solicitante: _____ Iniciales del cónyuge (si aplica): _____

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____
(si aplica)

Fecha: _____