



## Formulario De Empleo Por Cuenta Propia

Este formulario debe ser utilizado por pacientes que tienen dificultad en proporcionar documentación de ingresos solicitada.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Me pagan en efectivo
- No recibo colillas de cheque
- Trabajo por cuenta propia

Por favor indique su ingreso mensual bruto: \$ \_\_\_\_\_

**Certifico que no tengo otra forma de documentar los ingresos mencionados. Afirmo que la información de ingresos proporcionada es verdadera, completa y correcta según mi conocimiento.**

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

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