

Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_ CSN: \_\_\_\_\_  
D.O.B: \_\_\_\_\_ Admit Date: \_\_\_\_\_



**PROGRAMA RYAN WHITE  
DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente declaro que:  
(Nombre del solicitante)

- No cuento con prueba documental de ingresos;
- Estoy solicitando asistencia de \_\_\_\_\_  
(Nombre de la agencia)
- Mi hogar se compone de \_\_\_\_\_ número de personas; y
- Mis ingresos familiares han sido anualizados en el momento de la solicitud según los procedimientos pre establecidos y ascienden a \$ \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y correcta.

Entiendo que la información será verificada en la medida de lo posible, y que puedo ser objeto de acciones judiciales por proporcionar información falsa o fraudulenta.

\_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Número y calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Condado)

\_\_\_\_\_  
(Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante de la agencia)