

Patient Name: _____
 MRN: _____ CSN: _____
 D.O.B: _____ Admit Date: _____



**DECLARACIÓN DE FALTA DE INGRESOS DEL
PROGRAMA RYAN WHITE**

NOMBRE DEL CLIENTE

NÚMERO DE CLIENTE

INSTRUCCIONES: Todos los miembros (de 18 años en adelante) de un hogar que soliciten los servicios del Programa Ryan White deben verificar todos los ingresos percibidos. Si algún miembro del hogar, incluido el jefe de familia, declara no tener ingresos, deberá leer la siguiente declaración y rellenar el formulario que figura a continuación con toda la información necesaria y su(s) firma(s).

La(s) persona(s) abajo firmante(s) certifica(n) que:
 No he percibido ingresos durante el periodo indicado:

El jefe de familia declara no haber percibido ingresos desde el _____ Hasta el _____
 Firma _____ Fecha _____
 N.º de Seguro Social _____

Otro miembro del hogar que no declara ingresos _____ Hasta el _____

 Firma _____ Fecha _____

 Nombre en letra de imprenta _____ N.º de Seguro Social _____

Otro miembro del hogar que no declara ingresos _____ Hasta el _____

 Firma _____ Fecha _____

 Nombre en letra de imprenta _____ N.º de Seguro Social _____

Otro miembro del hogar que no declara ingresos _____ Hasta el _____

 Firma _____ Fecha _____

 Nombre en letra de imprenta _____ N.º de Seguro Social _____