



Tift Regional Health System, Inc.
Declaración de Falta de Ingresos

Yo, (*nombre del solicitante*) _____, certifico que actualmente no estoy empleado y no tengo ingresos de ningún tipo, incluidos Seguro Social, Julicación, Incapacidad de Corto/Largo Plazo, Compensación Laboral, o Desempleo. La ultima vez que tuve algun tipo de ingresos fue (*MM/DD/AA*) _____. Yo recibo el siguiente apoyo de parte de (*nombre de persona dando apoyo*) _____ quien es (*relación con el solicitante*) _____.

Marque *TODO* lo que aplique:

- ☐ Financiera (*Yo le doy dinero o pago sus cuentas*)
- ☐ Habitación y alojamiento
- ☐ Comida/Comestibles
- ☐ Otro

Si usted, el solicitante, esta casado y su esposo(a) tambien no tiene ingresos:

Yo también certifico que mi esposo(a), _____, actualmente no está empleado y no tiene ingresos de ningún tipo y recibe el mismo apoyo de la persona mencionada anteriormente. La última vez que mi esposo(a) tuvo algún tipo de ingresos fue (*MM/DD/AA*) _____.

Sinceramente,

Nombre del Solicitante-*REQUERIDO* (*por favor imprimir*)

Fecha _____

Firma del Solicitante-*REQUERIDO*

Firma del Testigo-*REQUERIDO* _____
(*no el solicitante o cónyuge*)

Fecha _____