

**三藩縣計劃**  
**收入證明**

申請人的姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

我目前受僱於人。但是，我目前的僱主僅以現金支付我薪酬。我沒有收到可作為收入證明的工資支票。我在過去3個月的工作收入如下：

\_\_\_\_\_ (月/年) \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (月/年) \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (月/年) \$ \_\_\_\_\_

我聲明，盡我所知，我給出的答覆均真實、正確。我瞭解提供的資料將用於審核申請人參加各種聯邦、州及縣計劃的資格。我瞭解如果上述資料被發現有錯誤，我須承擔我所接受的醫療服務的全部費用。

---

申請人簽名

日期