

**PROGRAMAS DEL CONDADO DE SF  
DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estoy actualmente empleado. Sin embargo, mi patrono actual me paga únicamente en efectivo. No recibo un cheque de pago para proporcionar una verificación de mi ingreso. He ganado el siguiente ingreso durante los últimos 3 meses:

\$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ (mes/año)

\$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ (mes/año)

\$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ (mes/año)

Declaro que todas las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que la información proporcionada se utilizará para evaluar la elegibilidad para varios programas federales, estatales y del condado. Comprendo que si se encuentra que la información es falsa, se me hará responsable por el monto total de cualquier factura por los servicios médicos recibidos.

---

Firma del solicitante

Fecha