



VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA PACIENTES SIN EMPLEO

Fecha: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Telefono: _____

Re: _____

Yo, _____, actualmente soy financieramente responsable de los gastos de manutención de _____.

El paciente nombrado arriba está actualmente en paro y en la actualidad no está cumpliendo con sus propios gastos de vida financieros. Actualmente tienen un ingreso mensual de \$ 0.00.

Si usted es responsable de los gastos financieros adicionales, por favor indique:

Nombre impreso

Firma

Fecha

Representante de LSCC

Fecha

Clínica LSCC Ubicación