



Saint James Health, Inc.
(973) 789-8111

DECLARACIÓN PROPIA DE INGRESOS

Nombre del aplicante: _____

Esto es para certificar el nivel de ingresos para el individuo nombrado arriba . Los ingresos incluyen , pero no se limita a:

- El total de los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones.
- Los ingresos netos generados por la operación de un negocio, es decir, los gastos de operación de negocios total de ingresos menos . Esto también incluye todas las retiradas de dinero en efectivo de la empresa o profesión para su uso personal .
- Interés mensual y los dividendos acreditados a la cuenta bancaria del solicitante y disponible para su uso
- El pago mensual recibido de la Seguridad Social , anualidades , fondos de jubilación , las pensiones , la discapacidad y otros tipos similares de pagos periódicos .
- Cualquier pago mensual en lugar de ingresos , tales como el desempleo , la compensación por incapacidad , SSI , SSDI , y la compensación del trabajador .
- Ingreso mensual de las agencias gubernamentales excluyendo los importes destinados a vivienda y servicios públicos , WIC, Cupones de alimentos y cuidado de niños.
- Pensión alimenticia, manutención infantil y pagos de cuidado temporal recibidos de la organización o de personas que no residen en la vivienda..
- Todo pago básico , los días y las prestaciones de un miembro de las Fuerzas Armadas con exclusión de pago especial para la exposición al fuego hostil.

Marque sólo una casilla y complete solamente esa sección

Certifico, que actualmente recibo los siguientes ingresos :

Fuente de Ingreso: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
Fuente de Ingreso: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
Fuente de Ingreso: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

***Este formulario sólo será utilizada para la facturación médica y programa de descuento**