# Formulario de Auto Declaración KSFHP
# Empleo e Ingresos

| **Información del Paciente** | |
|---|---|
| Nombre del Cliente: | Fecha de Nacimiento: |
| Dirección: | Numero de teléfono: |

**Declaración del empleo:**
***Esta sección debe de ser llenado y firmado por el individual empresario***

Yo,_____ declaro que mi principal empleo

es o fue en agricultura, y que actualmente estoy ☐ Empleado o ☐ Desempleado

Nombre del patrón:_____

Domicilio:_____

**Declaración del ingreso económico & composición familiar:**

Yo declaro que el ingreso familiar ☐ ***semanal*** ☐ ***quincenal*** ☐ ***mensual o*** ☐ ***anual*** es de $_____. También declaro que el número total de personas (esposo/a, compañeros, hijos, padres, abuelos, etc.) que dependen económicamente de mis ingresos son_____ personas.

Yo certifico que la información proporcionada es correcta y entiendo que la información será usada para determinar nuestra elegibilidad para el **Programa de Salud para Trabajadores Agrícolas por el estado de Kansas** para determinar si soy elegible para recibir un descuento temporal (*sliding scale discount*) por los servicios de salud.

**Firma del solicitante**:_____ **Fecha:_____**

**Notas:**