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 viven en mi casa y 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: