

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN
 Certifico que la información que proporcioné para completar esta solicitud es verdadera. Adicionalmente, Yo comprendo que de acuerdo al estatuto 817.50, el proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes y servicio, incluyendo artículos de farmacia, es un delito menor en segundo grado.

MR# _____

EMPLEO – Por favor complete la sección que aplique a usted.

Desempleado

Yo _____, certifico que estoy desempleado(a)

Ultima fecha de empleo: (mes)_____ / (año)_____ O Nunca he estado empleado.

Trabajador por cuenta propia

Yo, _____, certifico que trabajo por cuenta propia.

Empleado sin prueba de ingresos *(Complete esta parte sólo si usted recibe pagos en efectivo.)*

Yo estoy proporcionando una carta de mi empleador.

Yo estoy proporcionando el *Anexo C del IRS (siglas en inglés del Servicio de Impuestos Internos) (Formulario 1040) – Ganancias o Pérdidas de un Negocio.*

Yo estoy proporcionando mi calendario de trabajo con el o los montos pagados.

Yo no tengo la posibilidad de obtener ninguno de los documentos mencionados arriba.

Explique por qué: _____

Describa el trabajo que usted realiza: _____

Enliste sus últimas cuatro semanas de ingresos:

(1) \$	(2) \$	(3) \$	(4) \$
--------	--------	--------	--------

Firma del Paciente/Representante

Nombre impreso del Paciente/Representante

Fecha

Firma de cónyuge o dependiente adulto

Nombre impreso de Persona

Fecha

Firma del Representante de JHS

Nombre impreso del Representante de JHS

Fecha de Recepción del Formulario