



Greater Prince William Community Health Center

4379 Ridgewood Center Dr, Suite 102, Woodbridge, VA 22192
9705 Liberia Ave, Suite 201, Manassas, VA 20110
17739 Main Street, Suite 130, Dumfries, VA 22026
Phone: 703.680.7950 Fax: 703.680.7953

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para nuestro Programa de Escala de Descuento)

SECCION DEL SOLICITANTE - Para ser completado por el solicitante.

Autorizo a Greater Prince William Community Health Center a utilizar mis ingresos con el fin de determinar mi elegibilidad para el Programa de Escala de Descuento (SFDP).

Nombre del Apicante: _____ Firma: _____ Date: _____

Verificación de ingresos – Esta formulario se usa cuando el solicitante no puede presentar recibos de pago requeridos ó recibe pago en efectivo.

Si un solicitante no puede presentar **recibos de pago** (por ejemplo, los recibos de pago no están disponibles ó el solicitante ha comenzado empleo y los recibos de pagos aún no le han sido entregados, el solicitante deberá proporcionar un formulario de Verificación de Ingresos por **cada empleador**. Una vez verificado, el solicitante podrá ser considerado para determinar si es elegible para el Programa de Escala de Descuento.

Si un solicitante recibe pago en efectivo de uno ó más empleadores (individuos, empresas u organización), ó recibe pago en efectivo de individuos, empresas u organización por trabajo ocasional, trabajo ó servicio doméstico (ej. jardinería, , limpieza de casas, guardería, cuidado de niños etc.) y el dinero pagado en efectivo no está incluido en la declaración de impuestos del solicitante, el solicitante debe proporcionar un formulario de verificación de ingresos y firmado por **cada** empleador y **cada** no-empleador (es decir, individuos, empresas u organización) para los cuales el aplicante trabaja. Una vez verificado, el solicitante podrá ser considerado para determinar si es elegible para el Programa de Escala de Descuento.

EMPLEADOR / NO-EMPLEADOR - Esta sección debe ser completada por el empleador / no empleador.

Nombre de Individuo/Negocio /Organización	Nombre del Supervisor/Gerente	Número del Supervisor/Gerente
---	-------------------------------	-------------------------------

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|---|
| 1. Fecha de Empleo: ____/____/____ | | |
| 2. Salario por \$ _____ | HORA ____ | DIARIO ____ |
| 3. # de Horas por (a) SEMANA ____ | O | (b) DIA ____ # DE DIAS POR SEMANA ____ |
| 4. Propinas/Comisiones Por \$ _____ | HORA ____ | DIARIO ____ SEMANAL ____ MENSUAL ____ |
| 5. Cuándo le pagan? | DIARIO ____ | SEMANAL ____ CADA 2 SEMANAS ____ MENSUAL ____ |

Tengo entendido que Greater Prince William Community Health Center puede ponerse en contacto conmigo para verificar esta información. Además, entiendo que proporcionar información falsa ó información que después se considera falsa resultará en la cancelación de la elegibilidad del solicitante para el Programa de Escala de Descuento y el saldo total de la(s) cuenta(s) será(n) restaurada(s) y los saldos tendrán que ser pagamos inmediatamente.

Completado por (nombre y título): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Effective Date: **Immediate**
Approved Date: **06/2010, 06/2011, 05/2013**
Revision Date: **04/29/2015, 04/08/2018**