



Sandoval County Healthcare Assistance Program

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Nombre del solicitante para el Programa de Asistencia Médica: _____

(Dirección del Solicitante/Familiar/ Amigo o Representante Legal)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Número de Teléfono)

Si el Solicitante esta trabajando por dinero en efectivo indique la cantidad:

(Semanal) (Mensual)

Si Familiar/Amigo o Representante Legal esta proporcionando asistencia, indique la cantidad:

(Semanal) (Mensual)

Si usted es Familiar, Amigo o Representante Legal, por favor explique el acuerdo financiero que tiene con el solicitante:

Imprimir Nombre: _____
(Solicitante)

Firma: _____
(Solicitante)

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Firma: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Fecha: _____

ESTADO DE NUEVO MEXICO)) SS.
CONDADO DE SANDOVAL)

Lo anterior fue reconocido ante mí este ____ día de _____,

Por _____

Notario Público _____ **Mi Comisión Vence** _____