

First Choice Health Centers, Inc.

94/110 Connecticut Blvd, East Hartford, CT 06108 (860)528-1359 Fax (860) 290-4142
150 North Main Street, Manchester, CT 06040 (860) 646-8117 Fax (860) 647-9970
3 Prospect Street, Vernon, CT 06066 (860) 896-1616 Fax (860)896-1743

Declaration of Identity, Address and Income
Declaracion de Ingresos, Identidad y Ingresos

This form should only be filled out by families who have no documents to verify identity, address and/or income.

Name:
Nombre

DOB:
Fecha de Nacimiento:

Criteria for use of this form for income documentation (please check all that apply):

Criterios para el uso de este formulario para comprobar los ingresos (por favor, marque todas las cajillas que reflejan su situacion.)

- I get paid in cash.**
Me pagan en efectivo.
- I did not file a tax return last year.**
No reporte los impuestos el ano pasado.
- I do not get paychecks.**
No recibo pagos en cheques.
- I cannot get a letter from my employer.**
No puedo adquirir una carta de mi empleo (la compania/el patron).
- I do not get pay stubs.**
No me dan la colilla del cheque.

If you do not meet all of the above criteria but still have no way to document income please explain below:

Si usted no satisface estos criterios pero aun no tiene manera para comprobar su ingreso anual por favor expliquelo aqui.

Please write your family income amount below:

Por favor anote la cantidad de su ingreso familiar debajo:

Yearly <i>Anualmente</i>	Weekly <i>Semanal</i>	Every 2 weeks <i>Cada 2 semanas</i>	Monthly <i>Mensual</i>	Other <i>Otro</i>
\$	\$	\$	\$	\$

Please identify the source of your income below:

Por favor, identifique su fuente de ingresos debajo:

Type of Work: _____
Tipo de Trabajo:

Please write the number of individuals (including yourself) supported by the above income: _____

Por favor anote el numero de individuos (incluyendose a usted) que dependen de estos ingresos:

Applicants must read and sign the following

Solicitantes deben de leer y firmar lo siguiente:

I certify that I have no other way to document the above information and that all of the above information is true and correct. I understand that this information is to be used to determine eligibility for the center's sliding fee discount. I understand that FCHC may verify information on this form. I also understand that if I intentionally misrepresent my family's income, I will not be eligible to receive services at a discount rate.

Yo certifico que yo no tengo otra manera de comprobar el ingreso que aparece en la parte anterior de este formulario y que toda la informacion es verdadera y correcta. Yo entiendo que esta informacion es usada para determinar si califico para el descuento de escala del centro. Yo entiendo que el personal de FCHC puede verificar la informacion en este formulario. Yo tambien entiendo que si yo intencionalmente falsifico mi ingreso familiar, no calificare para recibir servicios con un descuento.

Signature: _____
Firma

Date: _____
Fecha