

MAP ID: _____

HOUSEHOLD ID: _____

Declaración de cero ingresos

Ninguno de los adultos en mi aplicación han recibido ingresos en los últimos 30 días.

Nombre del aplicante: _____

Nombre del segundo adulto en el hogar (Deje en blanco si no hay un segundo adulto en su aplicación):

Marque la mejor opción que describa como usted está apoyando a su hogar.

☐ Actualmente no tenemos un lugar fijo donde vivir.

☐ La persona de abajo está pagando por los gastos de mi renta, servicios y comida.

Primer nombre y apellido de esta persona: _____

Número de teléfono: _____

☐ Estoy utilizando mis ahorros/tarjetas de crédito/ayuda de agencias para mantener a mi hogar hasta que pueda recibir ingresos una vez más.

☐ Otro: _____

Certifico que las personas mencionadas anteriormente no están recibiendo ingresos del Seguro Social, desempleo o ingresos por jubilación, y las personas mencionadas han recibido cero (\$0) ingresos en los últimos 30 días.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Si usted no puede imprimir este formulario, puede escribir la información en una hoja de papel y firmarla con fecha actual. Hay un ejemplo de declaración de escritura a mano en la página web en CentralHealth.net.



