



ALAMEDA COUNTY HEALTH CARE SERVICES AGENCY
Health Program of Alameda County (HealthPAC)
Declaración de Ingresos y Residencia

Yo, (1) _____, y (2) _____
(Escriba su Nombre Completo) (Escriba su Nombre Completo)

vivo/vivimos en _____
(Residencia/Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

declaro/declaramos bajo pena de juramento que la siguiente información es verdadera y correcta a mí/ nuestro mejor saber y entender: (Marque todos que apliquen)

- _____ Yo estoy/Nosotros estamos, desempleado(s) en este momento y no tengo/tenemos ninguna fuente de ingreso.
- _____ Yo estoy/Nosotros estamos viviendo actualmente con un familiar/amigo que me/nos proporciona vivienda gratis.
- _____ Yo estoy/Nosotros estamos viviendo de mis/nuestros ahorros en el banco. (Por favor de proveer un estado de cuenta de banco más reciente).
- _____ Yo soy/Nosotros somos estudiante(s) recibiendo en este momento beca/dinero para mis/nuestros estudios.
- _____ Yo recibo/Nosotros recibimos vivienda gratis, a cambio de administrar y mantener en orden el apartamento.
- _____ Yo estoy/Nosotros estamos recibiendo ingreso de renta. Yo/Nosotros recibimos \$ _____ mensualmente.
- _____ Yo estoy/Nosotros estamos actualmente sin hogar en el Condado de Alameda (viviendo en un asilo/refugio o carecer de un lugar donde pasar la noche.)
- _____ Otro (Especifique) _____.
- _____ Yo estoy/Nosotros estamos recibiendo en este momento dinero en efectivo por trabajo(s) realizado(s), detalles a continuación:

PAGOS EN EFECTIVO	
<i>Note: NO USE ESTE FORMULARIO SI ACTUALMENTE ESTA RECIBIENDO: Talones de cheque, Seguro Social, Desempleo o si trabaja por su propia cuenta. Recurrir al Apéndice E para documentos aceptables</i>	
<u>TIPO DE TRABAJO:</u>	<u>QUE TAN SEGUIDO RECIBE EL PAGO:</u>
_____ Cuidado de Niños(as)	_____ \$ _____ Diario
_____ Salón de Belleza	_____ \$ _____ Semanal
_____ Trabajos Generales	_____ \$ _____ Cada Dos Semanas (una semana Sí y otra No)
_____ Limpieza de Casas	_____ \$ _____ Quincenal (dos veces por mes)
_____ Mesero(a)	_____ \$ _____ Mensual (una vez por mes)
_____ Otro (Especifique)	_____ \$ _____ Otro (Especifique)

X _____
FIRMA

____/____/____
FECHA
Mes/Dia/Año