

# FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEL CLIENTE

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Cliente CIS#: \_\_\_\_\_

- A. Enumere **TODAS** las personas que residen en su casa, la cantidad total del ingreso anual y el tipo de ingresos ganados o no ganados por cada uno (incluyendo todos los salarios, los intereses, los dividendos, los beneficios, pensiones y manutención)

	<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Estimado anual de ingreso*</u>	<u>Fuente de ingreso</u>
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____

SUME DEL 1 al 5 LA CANTIDAD TOTAL DE INGRESO BRUTO DEVENGADO EN EL HOGAR \$ \_\_\_\_\_

\* Incluya una fotocopia de: la documentación oficial de ingresos según el formulario 1040 de la declaración de renta, del formulario W-2, del recibo de pago, de la declaración del empleador, declaración de los beneficios, de la orden de la corte familiar, etc. Use el affidavit por la parte de atrás si no tiene ninguna otra información disponible.

- B. ¿El cliente tiene que darle manutención a otra persona fuera del hogar? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es Sí, enumere las personas y el pago anual que tiene que aportar.

	<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Estimado anual de ingreso**</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

SUME DEL 1 al 4 LA CANTIDAD TOTAL DE INGRESO BRUTO DEVENGADO EN EL HOGAR \$ \_\_\_\_\_

\*\* Incluya una fotocopia de la documentación del formulario otorgado por la orden de la corte de familia, de los cheques personales cancelados, etc.

INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR \$ \_\_\_\_\_ (del 1al 5 parte A)  
Menos el INGRESO POR CUENTA DE MANUTENCIÓN \$ \_\_\_\_\_ (del 1-4 parte B)  
Igual al INGRESO BRUTO AJUSTADO DEL HOGAR \$ \_\_\_\_\_ USE ESTA CIFRA PARA LA ESCALA DE HONORARIOS DEL DEPARTAMENTO

Se me ha dado una explicación detallada de la escala de honorarios y tengo pleno conocimiento de que la cuota que debo pagar es de:

- \$ \_\_\_\_\_ por una sesión individual o familiar de tratamiento ambulatorio (OP)  
\$ \_\_\_\_\_ por día por hospitalización parcial PH/tratamiento ambulatorio intensivo (IOP)  
\$ \_\_\_\_\_ por una sesión en grupo de tratamiento ambulatorio (OP)  
\$ \_\_\_\_\_ por día por el tratamiento en la residencia.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_