

## **AUTOCERTIFICACIÓN DE NO INGRESOS**

Adapt Integrated Health Care (Adapt) permite que los pacientes autocertifiquen si actualmente están desempleados y/o no tienen ingresos al momento de recibir el servicio. Complete la información a continuación para respaldar esta Autocertificación. No responder a estas preguntas puede hacer que su solicitud sea denegada.

1. ¿Durante cuánto tiempo ha estado desempleado y/o no ha tenido ningún ingreso?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su condición actual?

_____ Búsqueda de trabajo	_____ Solicitud de discapacidad
_____ Despedido temporalmente	_____ Estudiante a tiempo completo
_____ Otro: (Explique)	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Recibe beneficios o asistencia con los gastos de manutención por alguno de los siguientes?  
(Marque todo lo que corresponda)

___ Alquiler/Vivienda	___ Asistencia de energía	___ Cupones de alimentos (SNAP)
___ Desempleo	___ Amigos/Familia	___ TANF
___ Iglesias	___ Organización sin fines de lucro	___ Manutención de los hijos
___ Préstamos estudiantiles	___ Albergues	
___ Otro: (Explique)		

\_\_\_\_\_

4. Si no recibe asistencia de ninguno de los anteriores, ¿cómo está pagando los gastos básicos de manutención? (Por ejemplo: alquiler, servicios públicos, comida, ropa, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que actualmente no tengo ingresos que informar en este momento en el que recibo servicio de atención en Adapt. Además, entiendo que en caso de que mi situación económica cambie, soy el único responsable de informarlo en mi próxima visita. Toda la información que proporcioné en esta solicitud, incluida mi declaración de autocertificación, es veraz, correcta y está sujeta a confirmación por parte de Adapt. Cualquier declaración falsa o intento percibido de engañar puede dar lugar a la denegación de los beneficios de tarifa variable y cualquier saldo del paciente será mi responsabilidad.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_