



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Declaración de ingresos nulos

Nombre: _____ Fecha: _____

Últimos 4 dígitos de n.º de SS: _____

Esta declaración certifica que yo no recibo ingresos de ninguna fuente.

- No estoy empleado por ningún empleador público ni privado.
- No recibo beneficios de subsidio de desempleo.
- No recibo beneficios del Seguro Social ni ningún tipo de beneficio de anualidad.
- No recibo Pagos de asistencia por incapacidad temporal (TDAP) para adultos,
- Ayuda Económica Temporal (TCA), pensión o beneficios para veteranos.
- No recibo ingresos de ninguna fuente.
- Tengo licencia sin pago.
- Entiendo que debo reportar cualquier cambio en el estado de mis ingresos.

Describa cómo está cubriendo sus gastos de mantenimiento mensuales: _____

Este formulario debe estar FIRMADO para que se considere válido.

Firma: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____