



## DECLARACION DE INGRESOS GANADOS EN EFECTIVO

FAUQUIER FREE CLINIC  
35 Rock Pointe Lane, Warrenton, VA  
P.O. Box 3138, Warrenton, VA 20188  
[edocs@fauquierfreeclinic.org](mailto:edocs@fauquierfreeclinic.org)

### PACIENTE

Nombre	Apellido
Numero de Celular	Numero de Casa

Por favor anote sus ingresos de las últimas 4 semanas

1ra Semana: \$ \_\_\_\_\_

2da Semana: \$ \_\_\_\_\_

3ra Semana: \$ \_\_\_\_\_

4ta Semana: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos TOTALES del mes: \$ \_\_\_\_\_

Me pagaron: \_\_\_\_\_ Por hora \_\_\_\_\_ Por día

Me pagaron: \_\_\_\_\_ En efectivo \_\_\_\_\_ Por cheque

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta, a lo mejor de mi conocimiento y entender. Entiendo que la información falsa o omitida puede ser causa de la negación de servicios de Fauquier Free Clinic.

Firma del PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_