



Nombre del proveedor: _____ Teléfono _____

dirección: _____ Relación con el paciente: _____

Con Referencia a: (Nombre del Paciente): _____

Con el fin de que _____ (paciente) califique para la escala de descuento necesitamos tener la verificación de sus ingresos o medios de apoyo. El paciente afirma que no tiene ningún ingreso y que usted proporciona apoyo para él/ella.

Sinceramente,

United Community Health Center
715 W Milwaukee Ave
Storm Lake, IA 50588
Tel. Medico: (712) 213-0109
Tel. Dental: (712)213-0179

Yo _____, atestiguo que proporciono (por favor circule todo lo que se aplica) alimentos, vivienda, ropa y dinero. Si el dinero por favor indica cantidad y cómo a menudo \$ _____ por _____, para _____ (paciente) y que a mi conocimiento no tiene ingresos y no a reportado impuestos federales.

Proveedor : _____ Fecha: _____

Paciente: _____ Fecha: _____

Empleado de UCHC: _____ Fecha: _____