

## DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN  
 Certifico que la información que proporcioné para completar esta solicitud es verdadera. Adicionalmente, Yo comprendo que de acuerdo al estatuto 817.50, el proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes y servicio, incluyendo artículos de farmacia, es un delito menor en segundo grado.

MR# \_\_\_\_\_

**EMPLEO – Por favor complete la sección que aplique a usted.**

**Desempleado**

Yo \_\_\_\_\_, certifico que estoy desempleado(a)

Ultima fecha de empleo: (mes)\_\_\_\_\_ / (año)\_\_\_\_\_    O     Nunca he estado empleado.

**Trabajador por cuenta propia**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que trabajo por cuenta propia.

**Empleado sin prueba de ingresos** *(Complete esta parte sólo si usted recibe pagos en efectivo.)*

Yo estoy proporcionando una carta de mi empleador.

Yo estoy proporcionando el *Anexo C del IRS (siglas en inglés del Servicio de Impuestos Internos) (Formulario 1040) – Ganancias o Pérdidas de un Negocio.*

Yo estoy proporcionando mi calendario de trabajo con el o los montos pagados.

Yo no tengo la posibilidad de obtener ninguno de los documentos mencionados arriba.

**Explique por qué:** \_\_\_\_\_

**Describa el trabajo que usted realiza:** \_\_\_\_\_

**Enliste sus últimas cuatro semanas de ingresos:**

(1) \$	(2) \$	(3) \$	(4) \$
--------	--------	--------	--------

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de cónyuge o dependiente adulto

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de Persona

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de JHS

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Representante de JHS

\_\_\_\_\_  
Fecha de Recepción del Formulario