



**Mother of Mercy Free Medical Clinic**

Phone: 703-335-2779

Fax: 703-420-8993

www.cdda.net

9380 Forestwood Lane Unit B  
Manassas, VA 20110

13900 Church Hill Drive  
Woodbridge, VA 22191

**Verificación de Ingresos**

**Sección que Tiene que Completar por el Paciente:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Empleada (paciente o pareja): \_\_\_\_\_

Verificación de ingresos – Esto es para el paciente que no puede presentar recibos de pago o el pagan en efectivo.

**Sección del Empleador: (Tiene que Completar el Empleador)**

Nombre (Negocio / Organización / Individual) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre Del Supervisor \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Empezó su empleo el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Recibe salario por hora \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas por semana? \_\_\_\_\_

Recibe salario por semana \$ \_\_\_\_\_

Tengo entendido que Mother of Mercy Free Medical Clinic puede contactarse con iy empleado para verificar esta información. Además, entiendo que proporcionar información falsa o información posteriormente determinada que era falsa resultara en el revoco de servicios.

Firma de Empleador y Titulo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Notary Acknowledgement if no Business Card is Provided**

Commonwealth of Virginia

County of \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,

by \_\_\_\_\_ (name of person providing support).

\_\_\_\_\_  
(Signature of Notary Public)

Notary Seal

My comisión expires: \_\_\_\_\_

