



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: _____

