



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

Declaración Jurada de Ingresos Auto Revelación

Sección del Paciente:

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Sección de la Persona Empleada (Paciente o Pareja):

Yo, _____, con fecha de nacimiento de _____, soltero / casado, viviendo en _____

verifico que mi salario semanal es un promedio _____.

- Recibo este ingreso al proporcionar servicios que me pagan en efectivo.
- Recibo este ingreso por la venta de bienes, incluyendo alimentos o bienes materiales pagados en efectivo.

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

Firma del Empleado

Fecha

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Notary Acknowledgement

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: _____

