

Declaración por Escrito de Terminación de Ingresos

CLIENTE:	FECHA:	ID DE PERSONA EN HEAPLUS:	ID DE SOLICITUD:
----------	--------	------------------------------	------------------

Instrucciones:

Use este formulario cuando un cliente de AHCCCS informe que sus ingresos han terminado. Proporcionar información completa ayuda a determinar la elegibilidad para la Asistencia Médica de AHCCCS.

Información del Empleador

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Número de teléfono del empleador:

Último día trabajado:

Último día pagado (último cheque de pago):

¿Espera recibir más pagos (vacaciones, licencia por enfermedad pagada o indemnización por despido)?

☐ No ☐ Sí (Explique):

Si No Puede Obtener Comprobantes del Empleador

Motivo por el cual no se pueden proporcionar comprobantes:

☐ El empleador cerró el negocio

☐ No existen registros

☐ El empleador no responde

☐ Otro:

Explique lo que hizo para intentar obtener los comprobantes:

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos proporcionados acerca de mí y de las personas que viven en mi hogar, relacionados con mi elegibilidad para beneficios, son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender, y que no he ocultado ninguna información.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO (SOLO SI EL CLIENTE FIRMÓ CON UNA MARCA)	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA