

- (1) Adjunte copias de su declaración de impuestos más reciente, incluyendo los formularios W-2 y las tablas correspondientes.
 - (2) Los dos últimos comprobantes de sueldo
 - (3) Verificación por escrito de otros ingresos recibidos (por ejemplo, manutención de hijos, seguro social, pensión por divorcio).
- o bien
- (1) Carta de un empleador verificando el ingreso (incluyendo el número telefónico del empleador y la dirección).
 - (2) Una carta suya declarando los recursos que tiene para pagar sus gastos si no tiene ingresos / sueldo.

Enviar documentos por correo a:

**PRMO Self Pay
 P O Box 15000
 Durham, N.C. 27704**

Declaro que la información proporcionada más arriba es cierta y correcta según mis conocimientos.

Además otorgo la autorización al Sistema de Salud (Health System) para que verifique cualquier dato o toda la información proporcionada y asimismo doy mi autorización para la obtención de un informe sobre mi crédito de consumidor.

Paciente / Garante #1 - Firma **Fecha**

Esposa(o) / Garante #1 - Firma **Fecha**

PARA USO DE ESTA OFICINA SOLAMENTE

INFORMACIÓN DE CUENTA

Entidad (PDC, DRH, RCH, DUH): _____
 Número de Cuenta / Factura(s) _____
 Saldo a pagar: _____
 Fecha de prestación de servicio: _____

DETERMINACIÓN DE BENEFICENCIA

Aprobado _____ Rechazado _____ Por _____ Fecha _____