

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO
NO PATRONO

Yo, _____
proveo voluntariamente la siguiente información sobre mis ingresos:

Cuenta Propia – Me dedico a trabajar por mi cuenta en:

Trabajo Ocasional – Me dedico a realizar trabajos ocasionales.

tales como:

Mis ingresos en **los últimos tres meses** fueron los siguientes:

	Mes	Ingreso
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Núm. de Unidad Familiar

Firma del Solicitante

Oficina Local

Fecha