MA-28
REV. 05/18

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

CORROBORACIÓN DE INGRESOS POR PATRONO

_____
Fecha

Estimado (a) Sr. (a): _____

_____
Nombre de la Compañía

La persona abajo identificada ha solicitado los beneficios del Programa de Medicaid, y nos ha indicado que labora para su compañía. A los fines de determinar la elegibilidad a estos beneficios, agradeceremos que, con carácter confidencial, nos informe los ingresos que devenga esta persona. Por favor, llene la información solicitada a continuación en su totalidad. De usted tener alguna duda o pregunta se puede comunicar a nuestra oficina llamando al teléfono: _____.

Firma del Oficial de Medicaid: _____

Nombre del Solicitante:

PARA SER LLENADO POR LA COMPAÑÍA

Nombre de la Compañía:				
Dirección de la Compañía:				
				Tel.
Empleado Trabaja a:	☐ Tiempo Completo		☐ Tiempo Parcial	
Total de Horas Semanales:				
Posición que Ocupa:		Tiempo que lleva en el empleo:		
Por favor, indique el salario del mes corriente como de los últimos tres meses *(4 meses en total)*				
Ingresos	**Mes Corriente:**	**Mes:**	**Mes:**	**Mes:**
Salario Bruto				
Propinas				
Bonos				
Comisiones				
Comentarios:				
Todo patrono que ofrezca información falsa en esta hoja con el propósito de que la persona que solicita se beneficie de los servicios que ofrece el Programa Medicaid, será acusado y procesado por violación al artículo 166 del Código Penal de Puerto Rico, Apropiación Ilegal Agravada (delito grave).				

_____ _____
Nombre de la persona que llena este formulario Posición que ocupa

_____ _____
Firma Fecha