



VERIFICACION DE CERO INGRESO EN EL HOGAR

Nombre del Candidato: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____

CERTIFICO QUE NO RECIBO INGRESO DE NINGUNAS DE LAS SIGUIENTES FUENTES:

Salarios de ninguna clase de empleo (incluyendo comisiones y tarifas).

Ingreso de la operación de un negocio (trabajo de cuenta propia, Avon, Mary Kay, etc.).

Ingreso por alquiler de bienes inmuebles o muebles.

Intereses o dividendos recibidos de activos.

Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, prestaciones por discapacidad o fallecimiento.

Desempleo.

Asistencia Pública (Cupones de alimentos y/o TANF).

Pensión Alimenticia o Manutención de los hijos.

Becas educativas o beneficios Veteranos disponibles para subtenencia después de deducir gastos para matricula y libros.

Contribuciones mensuales regulares en efectivo de una fuente externa.

Y que mi hogar no tiene ingreso de ninguna clase y no anticipo tener una fuente de ingreso en el siguiente mes.

Por la presente certifico que la información proveída es verdadera y correcta a la mejor habilidad según mi conocimiento. Falsificación de información puede resultar en la pérdida de servicios y consecuencias legales negativas. Esta información será usada para quilificar al programa de asistencia directa de Better Health of Cumberland County, Inc.

Firma: _____

Fecha: _____

1422 Bragg Boulevard
Fayetteville, NC 28301
Phone: (910) 483-7534
FAX: (910) 483-2157

