

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, durante el mes corriente y los últimos tres meses fueron los siguientes (*4 meses en total*):

	Mes	Ingreso <i>Neto</i>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

Número de Núcleo Familiar

Firma del Solicitante

Oficina Local

Fecha