

Accesorio A

Revisado y aprobado por la Junta Directiva Fecha: 12/14/2015

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.
Información de Ingresos/Formulario de Autodeclaración

CCHC- Eagle Rock
1704 Colorado Blvd.
Los Ángeles, CA 90041
(323) 256-4116

CCHC Highland Park
5059 York Blvd.
Los Ángeles, CA 90041
(323) 344-4144

CCHC- North Hollywood
12157 Victory Blvd.
North Hollywood, CA 91606
(818) 755-8000

CCHC- Glendale
801 S. Chevy Chase Dr. #250
Glendale CA, 91205
(818) 265-2264

Sección A. Información de Paciente

Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

*Para ser considerado para cualquier descuento en efectivo este formulario debe ser completado en su totalidad por todos los pacientes

Sección B. Información sobre la familia y los ingresos

El tamaño de su familia _____ Ingreso mensual \$ _____

- Verificado
 Autodeclaración

Pago nominal de \$40.00

Certifico y declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que entiendo este formulario y que la información proveída arriba es cierta, correcta y completa.

Firma de Paciente/Garante: _____ Fecha: _____

Firma de PCC: _____ Fecha: _____