

Accesorio A

Revisado y aprobado por la Junta Directiva Fecha: 12/08/2014

**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 neto \$ \_\_\_\_\_

- Verificado  
 Autodeclaración

---

Pago nominal de \$40.00

---

\*El ingreso mensual neto del núcleo familiar es el ingreso recibido por el paciente y familiares responsables del paciente menos impuestos.

---

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: \_\_\_\_\_

Accesorio A

Revisado y aprobado por la Junta Directiva Fecha: 12/08/2014