



Will County
Health Department &
Community Health Center

CENTRO COMUNITARIO de SALUDEL CONDADO de WILL

ATESTAMENTO de VERIFICATION de INGRESOS

(Atestacion personal)

A quien corresponda:

Yo, _____ (nombre) yo atesto que el numero de individuos en mi familia es _____. Tambien atesto que mis/nuestros ingresos mensuales son: \$ _____ y mis ingresos totales por todo el año pasado (y toda fuente de ingresos) fueron \$ _____.

_____ (paciente/padre o guardian)

_____ (Fecha)