



HOPE CLINIC
delivering hope & health

Autodeclaración de Ingresos

Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Yo, _____ Certifico que mis
ingresos actuales son _____ al Mes.

Afirmo que esto es cierto y además declaro que no tengo
documentación de respaldo con respecto a este ingreso por la
siguiente razón

Firma _____ Fecha _____

Enroller _____ Fecha _____