

**Bank / Tax / Income Certification**  
**Certificación de Cuentas Bancarias / Impuestos / Ingresos**

<b>Patient's Name</b> <b>Nombre del Paciente:</b>	
<b>Date of Birth /</b> <b>Fecha de Nacimiento:</b>	

Please select **ONLY** the statements that are applicable to you:

Por favor seleccione únicamente la declaración que le corresponde a usted:

**Bank Accounts / Cuentas de Banco:** I do hereby certify that I do NOT have any bank accounts (savings or checking). Please accept this letter as verification that I do NOT have a bank account. Por la presente certifico que no tengo ninguna cuenta bancaria (de ahorros o cheques). Por favor acepten esta carta como verificación de que yo no tengo ninguna cuenta bancaria.

Patient's Initials / Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_ Spouse's Initials (if applicable): \_\_\_\_\_  
Iniciales del conyugue (si corresponde)

**Taxes / Impuestos:** I do hereby certify that I have NOT filed state or federal income taxes for the year(s) \_\_\_\_\_. Please accept this letter as verification that I do NOT file state or federal income taxes. Por la presente certifico que no declare impuestos por mis ingresos al gobierno estatal o federal por el año(s) \_\_\_\_\_. Por favor acepten esta carta como verificación de que no he declarado impuestos estatales o federales.

Patient's Initials / Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_ Spouse's Initials (if applicable): \_\_\_\_\_  
Iniciales del conyugue (si corresponde)

**Income / Ingresos:** I do hereby certify that I am unemployed and do not have any work income, social security, disability, or any other form of regular income. Por la presente certifico que estoy desempleado y no tengo ningún ingreso de trabajo, seguro social, discapacidad, o cualquier otro tipo de ingreso.

Patient's Initials / Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_ Spouse's Initials (if applicable): \_\_\_\_\_  
Iniciales del conyugue (si corresponde)

**Patient's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha:** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

**Spouse Signature (if applicable):** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha:** \_\_\_\_\_  
Firma del conyugue (si corresponde)