

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

CORROBORACIÓN DE INGRESOS POR PATRONO

Fecha

Estimado (a) Sr. (a): _____

Nombre de la Compañía

La persona abajo identificada ha solicitado los beneficios de Medicaid, y nos ha indicado que labora para su compañía. A los fines de determinar la elegibilidad a estos beneficios, agradeceremos que, con carácter confidencial, nos informe los ingresos que devenga esta persona. Por favor, llene la información solicitada a continuación en su totalidad, incluyendo los descuentos pertinentes. De usted tener alguna duda o pregunta se puede comunicar a nuestra oficina llamando al teléfono: _____.

Firma del Oficial de Medicaid: _____

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
Núm. de Familia y/o Solicitud:	

Para ser llenado por la Compañía

Trabaja a:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial					
Posición que ocupa:							
Dirección de la Compañía:							
Teléfono:		Tiempo que lleva en el empleo:					
Por favor, indique el salario y descuentos de <u>los últimos tres meses</u> . <i>No incluya el Bono de Navidad.</i>							
Mes y Año	Salario Bruto	Seguro Social	Plan Médico	Income Tax	Seguro Incapac.	Unión Compulsorio	Otros Desc.
Comentarios:							
POR FAVOR, INDIQUE EN EL ÁREA DE COMETARIOS LOS DESCUENTOS QUE APLICAN Todo patrono que ofrezca información falsa en esta hoja con el propósito de que la persona que solicita se beneficie de los servicios que ofrece el Programa Medicaid, será acusado y procesado por violación al artículo 166 del Código Penal de Puerto Rico, Apropiación Ilegal Agravada (delito grave).							

Nombre de la persona que llena este formulario

Posición que ocupa

Firma

Fecha