

DEPARTAMENTO DE SALUD  
**PROGRAMA MEDICAID**

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO  
NO PATRONO

Yo, \_\_\_\_\_  
proveo voluntariamente la siguiente información sobre mis ingresos:

☐ Cuenta Propia – Me dedico a trabajar por mi cuenta en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ Trabajo Ocasional – Me dedico a realizar trabajos ocasionales, tales como:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis ingresos, durante el mes corriente y los últimos tres meses fueron los siguientes (*4 meses en total*):

|    | Mes   | Ingreso <b>Neto</b> |
|----|-------|---------------------|
| 1. | _____ | _____               |
| 2. | _____ | _____               |
| 3. | _____ | _____               |
| 4  | _____ | _____               |

|                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| _____<br>Número de Núcleo Familiar | _____<br>Firma del Solicitante |
| _____<br>Oficina Local             | _____<br>Fecha                 |