



# Triad Adult & Pediatric Medicine

*Focused on Excellence, Devoted to Care*

## Declaración de Renta Cero

Ha declarado en su solicitud de recertificación y/o certificación que no tiene ingresos, activos o recursos. Por favor, documente cómo satisface sus necesidades básicas. Esto incluye cómo paga el alquiler, los servicios públicos, el transporte, la comida, el teléfono y cualquier otra factura. Tenga en cuenta que proporcionar información falsa es motivo de descalificación del Programa de descuento de tasa variable TAPM.

Nombre: \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Importe del alquiler: \$ \_\_\_\_\_ como pago el alquiler: \_\_\_\_\_
2. Importe de las facturas mensuales de servicios públicos: \$ \_\_\_\_\_ Cómo pago mis facturas de servicios públicos? \_\_\_\_\_
3. Método(s) que utilizo para el transporte: \_\_\_\_\_
4. Cómo compro mi comida? \_\_\_\_\_
5. Cómo pago una factura de teléfono/celular? \_\_\_\_\_

Doy fe de que la información indicada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si he proporcionado información falsa, seré descalificado para recibir servicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### G.S. § 10B-41 CERTIFICADO NOTARIAL DE RECONOCIMIENTO

\_\_\_\_\_ Condado, North Carolina

Certifico que la(s) siguiente(s) persona(s) comparecieron personalmente ante mí este día, cada una reconociéndome que firmó el documento anterior.

\_\_\_\_\_ Nombre(s) of principal(s)

(Official Seal)

\_\_\_\_\_  
Firma oficial del notario

\_\_\_\_\_  
Notario Público Nombre del notario impreso