

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.
Alternative Income Verification

We at Premier Community Healthcare Group Inc (PCHG) understand that each household's financial situation is different. If you are unable to provide check stubs, bank statements or other information verifying income, please choose one of the options below, complete and sign. All income verification is valid for one (1) year or sooner if your income situation changes.

Option 1. Statement of Support-to be completed by the individual that is providing support to you and/or your dependant(s).

I, _____ residing at _____ affirm that I support the following patient(s):

<u>Patient Name(s)</u>	<u>Date of Birth</u>
1. _____	_____
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

I provide the following support: (give a monthly value to all that apply)

Food Value: \$_____ Room/Board Value: \$_____ Transportation Value: \$_____ Other Value(specify): _____ \$_____

I understand that this statement of support is accurate and true to the best of my knowledge.

Supporter's Signature

Date

Option 2. Self-Employed Declaration-must provide bank statement from past thirty (30) days, pages 1 & 2 from current tax returns and Schedule C, E or F.

Name: _____ Business Name: _____

Total Gross Income for previous 1 month \$ _____
Total Business Expenses for previous 1 month (\$ _____)
Net Income (difference of gross income and expenses) \$ _____

I have attached all of the following documents for verification of my self-employment.

- Bank Statement from past 30 days
- Pages 1 & 2 from Current Year's Tax Returns and Schedule C, E, or F

I understand that this declaration of self employed income is accurate and true to the best of my knowledge.

Signature

Date

Option 3. Cash Income Verification-please complete this section if you do not receive checks and/or check stubs or if you are paid in cash.

Name: _____ City, State, Zip: _____
Address: _____

Enter Cash Amounts Paid for the past four (4) weeks:

Week 1: \$ _____
Week 2: \$ _____
Week 3: \$ _____
Week 4: \$ _____

I understand that this verification of cash income is accurate and true to the best of my knowledge.

Signature

Date

OFFICE USE ONLY

Care Team Member Signature _____

Date _____

Patient Name: _____
Patient Chart #: _____
Patient DOB: _____

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.
Verificación de Ingresos Alternativos

Nosotros en Premier Community Healthcare Group Inc (PCHG) entendemos que cada hogar tiene una la situación financiera diferente. Si usted no puede proveernos con talonarios de cheques, declaraciones bancarias o financieras u otra información que determinen los ingresos, por favor, elija una de las siguientes opciones, llene y firme. Todas las verificaciones de ingresos son válidas por un (1) año o hasta que su situación de ingresos cambie.

Opción 1. Declaración de Ayuda- debe ser llenada por la persona que le está brindando ayuda a usted o a sus dependientes.

Yo, _____ que vivo en _____ por la presente afirmo que yo soy quien esta brindando ayuda a las siguientes personas:

<u>Nombres de los Pacientes</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
1. _____	_____
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Yo brindo la siguiente ayuda a las personas mencionadas: (escriba el valor mensual por todos los que apliquen)

Cantidad por Alimentos: \$ _____ Cantidad por Vivienda: \$ _____
Cantidad por Transportación: \$ _____ Otras Cantidades (especifique): _____ \$ _____

Yo confirmo que esta declaración de ayuda es precisa, verdadera y entiendo que es valida por un año.

Firma del Ayudante

Fecha

Opción 2. Declaración de Trabajador Independiente- es necesario que demuestre declaraciones bancarias de los últimos treinta (30) días, paginas 1 & 2 de su mas reciente declaración de impuestos y Horario C, E o F.

Nombre: _____ Nombre de Negocio: _____

Total de Ingresos Gruesos de el mes anterior \$ _____
Gastos de Negocios totales de el mes anterior (\$ _____)
Ingresos Netos (diferencia entre Ingresos Gruesos y Gastos) \$ _____

Yo rindo todos estos documentos para verificar mi estado de Trabajador Independiente.

- Declaraciones Bancarias de los últimos 30 días.
 Paginas 1 & 2 de su mas reciente Declaración de Impuestos y Horario C, E o F

Yo confirmo que esta declaración de Trabajador Independiente es precisa, verdadera y entiendo que es valida por un año.

Firma del Trabajador Independiente

Fecha

Opción 3. Verificación de Ingresos en Efectivo- por favor complete esta sección si usted no recibe cheques, talonarios de cheques o si le pagan en efectivo.

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Anote sus ingresos pagados en efectivo de las últimas 4 semanas:

Semana 1: \$ _____
Semana 2: \$ _____
Semana 3: \$ _____
Semana 4: \$ _____

Yo confirmo que esta verificación de Ingresos en efectivo es precisa, verdadera y entiendo que es valida por un año.

Firma

Fecha

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA

Care Team Member Signature _____ Date _____

Acct. #: _____
Pt. Name: _____
Pt. DOB: _____