



# RURAL HEALTH CARE, INC.

202 Island Drive, Ste 1, Ft. Pierre, SD 57532  
605-223-2200 (teléfono) 605-223-2228 (fax)

## **DECLARACIÓN JURADA DE CERO INGRESOS**

***Este formulario deberá ser completado por cualquier miembro mayor de 18 años perteneciente al grupo familiar que solicite un ajuste de honorarios y afirme que "no tiene ingresos".***

Yo (nombre en letra de imprenta), \_\_\_\_\_, declaro que actualmente estoy sin empleo y:

- No recibo indemnización por desempleo ni otros beneficios por mi condición de desempleado
- No recibo beneficios ni ingresos de ningún otro origen (*p. ej. seguro social, discapacidad, jubilación, manutención infantil, alquiler, granja, pensión alimentaria, intereses u otros dividendos, etc.*)

Todos los solicitantes que declaren "cero ingresos" deben firmar una Declaración jurada de cero ingresos. Se trata de un documento jurídicamente vinculante, en el cual las declaraciones falsas se consideran fraude. Al firmar esta declaración jurada, el solicitante, o un miembro de la familia, autoriza a Rural Health Care, Inc. (RHCI) a acceder al Servicio federal de impuestos (Internal Revenue Service) a fin de conocer la última declaración de impuestos federales sobre la renta.

***Según mi leal saber y entender, certifico que la información expuesta anteriormente es verdadera y que cualquier declaración falsa resultará en la cancelación o rechazo de mi solicitud.***

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

**\*Si hubiera algún cambio en sus ingresos, por favor avise inmediatamente a RHCI.**