



# Rural Health Care, Inc.

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

---

## **ATESTACIÓN DE INGRESOS CERO**

**Este formulario es un certificado de cero ingresos para la solicitud del programa de tarifa variable de Rural Health Care, Inc (RHCI) y debe ser completado por cualquier miembro del hogar mayor de 18 años que reclame cero 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 certificación 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 RHCI a acceder al Servicio federal de impuestos (Internal Revenue Service) a fin de conocer la última declaración de impuestos federales sobre la renta.

Nombre en la solicitud (si es diferente al nombre anterior) \_\_\_\_\_

***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

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