

Richmond County



Pharmacy Assistance
Program

Formulario de trabajo por cuenta propia

Este formulario debe ser utilizado por pacientes que tengan ingresos regulares o estables y que se les pague en efectivo.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Título: _____

Nombre de Compañía (Si es aplicable): _____

Yo he adjuntado:

☐ Facturas / Recibos

☐ Carta de quienes pagan en efectivo

☐ El estado de cuenta bancaria

Indique sus ingresos brutos mensuales: \$ _____

Fecha: _____

Firma: _____