

**SERVICIOS DE DAYMARK RECOVERY**

Medicaid Number: \_\_\_\_\_  
Client Name: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Verificación de ingresos**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que yo tengo **un ingreso por la suma de cero y como tal así lo reporto a DAYMARK**. Yo entiendo que deberé reportarle a DAYMARK inmediatamente sobre cualquier variación de mis ingresos. De esta manera, mi cuenta cambiará retroactivamente a la fecha en que dichos cambios sucedieron y aplicará la tarifa que corresponde a la escala variable de cargos de DAYMARK.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o guardián legalmente responsable  
Indique la relación o vínculo con el cliente.

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GANANCIAS SOLO EN EFECTIVO**

Reconozco que solo recibo ingresos en efectivo de\$\_\_\_\_\_ para informar a DAYMARK Recovery Services. No recibo ningún tipo de prueba tangible de ingresos, ya que me pagan solo en efectivo por los siguientes tipos de trabajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que debo informar inmediatamente a DAYMARK sobre cualquier cambio importante en mis ingresos y que mi cuenta cambiará retroactivamente a la fecha en que cambiaron los ingresos según la escala móvil de tarifas de DAYMARK.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o guardián legalmente responsable  
Indique la relación o vínculo con el cliente.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Para hacer referencia a "Cómo definir el formulario de ingresos familiares", visite <http://intranet/Shared%20Documents/Spanish%20Forms/Finacial%20Record/How%20to%20Define%20Annual%20Family%20Income-Spanish.docx> .  
El cliente también puede solicitar una copia de este formulario en cualquier momento\*