



**CHC Program
Failure to Provide Proof of Income**

Please bring your proof of income (such as 1040 Income Tax forms, check stubs, or letters of support) on your next visit. Without proof of income you **will not** be eligible for a discount and you will automatically be at 100% pay on your next visit for each appointment. Thank you for your compliance with this matter.

Chart # _____

Patient/Guardian Signature

Date

Employee Signature

Date

Por favor presente un comprobante de su salario (como forma 1040 de sus impuestos, talon de su cheque o una carta de soporte) en su proxima visita. Sin este comprobante usted **no califica para ningún descuento** y estará automáticamente bajo un pago del 100% en su próxima visita. Gracias por sus atenciones a este requisito.

Expediente # _____

Firma Paciente/Guardian

Fecha

Firma Oficinista

Fecha