



Return form by Mail, Fax, or Email to:
NC MedAssist
4428 Taggart Creek Rd, Suite 101
Charlotte, NC 28208
Fax: 704-536-9865 | Email: info@medassist.org

Formulario de Verificación de Ingresos para trabajadores agrícolas migrantes

Envío esta carta en representación de nuestro paciente _____ Fecha de nacimiento _____ con su aplicación para asistencia de medicamentos recetados. Este paciente actualmente no tiene una manera de verificar sus ingresos debido a la naturaleza de su empleo como trabajador agrícola. El/ella no recibe un talón de pago que sirva como prueba de ingresos. Por favor considere mi atestación de sus ingresos, de la siguiente manera, al procesar la aplicación.

Información sobre los ingresos:

Salario: \$ _____/hr \$ _____/semana \$ _____/mes \$ _____/año

Periodo de pago (circule uno): Semanal Quincenal Bimensual Mensual

Lugar de inscripción/Nombre de la organización: _____

Firma del empleado autorizado: _____ Fecha: _____