



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 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: \$ _____

Certifico que no tengo otra forma de documentar los ingresos mencionados. Afirmo que la información de ingresos proporcionada es verdadera, completa y correcta según mi conocimiento.

Fecha: _____

Firma: _____