UK HealthCare
The Power of Advanced Medicine

UKHC No Proof of Income and Living Expense Statement
UKHC Sin Comprobante de Ingresos y Declaración de Gastos de Subsistencia

Patient Name(Nombre del paciente): _____
Birth date(Fecha de nacimiento): _____
Medical Record Number/No. de Cuenta: _____

☐**Patient/Paciente** ☐**Spouse/Esposo:**_____

PART A: **(To be completed by the patient or Spouse (if applicable) Completado por el paciente o el esposo(a)**	
I cannot provide proof of income for the past month(s) because I am/was: ☐ Unemployed ☐ Paid In Cash ☐ Self-Employed ☐ Other:_____	**(No puedo entregar una prueba de mis ingresos economicos por los ultimos meses porque):** ☐ Disempleado ☐ Pago en Efectivo ☐ Self-Employed ☐ Otro:_____
My estimated income total for the past _____ months is: $_____	Mis ingresos estimados por los ultimos _____ meses han sido $_____

_____
Patient, Spouse or Representative Signature
Firma de Paciente/esposo(a) o representante del paciente

_____
Date/ Fecha

PART B: **(To be completed by a non-household member if the patent/spouse had no income during any period mentioned in Part A, and was supported financially by someone other than their spouse) Completado por una persona que no es miembro del hogar, si el paciente/paraje no tuvo ingresos durante ningun periodo mensual en parte A. Y recibio apoyo financiero de alguin que no es parte del**	
I,_____ , (Your Name) provide the living expenses for _____, (Patient Name) and have done so for the last _____ month(s). I estimate that it costs me $_____ per month to provide these expenses.	Yo,_____, (Su Nombre/Organizacion), proveo el dinero para la renta y los costos de manutencion para _____, (nombre de paciente) He hecho estop or los ultimos _____ meses. Estimo que el monto mensual que aporto es $_____

PART C: **(To be completed by a non-household member if the patent/spouse had no income during any period mentioned in Part A. Completado por una persona que no es miembro del hogar, si el paciente/paraje no tuvo ingresos durante ningun periodo mensual en parte A.**	
I verify that (he/she) has not received an income for _____ months.	Verifico que (él/ella) no ha recibido un ingreso por _____ meses.

_____
Signature/Firma

_____
Date/ Fecha

_____
Telephone/Telefono

_____
Relationship to Patient/Parentesco con el paciente
Or/O Title (If certified by organization)/
Titulo de organizacion que ayuda con gastos de vivienda