

VDH VIRGINIA
DEPARTMENT
OF HEALTH
Client Attestation to Low Income

Virginia Ryan White Program - Part B

Declaración del cliente sobre bajos ingresos

En esta declaración certifico que obtengo ingresos en efectivo que no pueden verificarse por otros medios por una cantidad de _\$ _____ por (hora/día/semana/mes).

Entiendo que debo informar al coordinador de mi caso tan pronto como cambie esta información.

Asimismo, entiendo que, si no se notifican los cambios que se hayan tenido, o si la información proporcionada no es correcta, el acceso a los servicios financiados por la parte B del programa Ryan White puede ser suspendido o denegado.

Nombre del/de la cliente en letra de imprenta:

Firma del/de la cliente: _____

Fecha: _____