

CARTA DECLARACION DE INGRESOS

EN EL MES _____ DIA _____ 20 _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

HEALTH INSURANCE MARKETPLACE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN
SERVICE

465 INDUSTRIAL BOULEVARD
LONDON, KENTUCKY 40750-0001

MARKETPLACE APPLICATION ID: _____

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

YO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CON NUMERO DE SOCIAL SECURITY _____

HAGO CONSTAR POR MEDIO DE LA PRESENTE, QUE YO TRABAJO POR CUENTA
PROPIA Y ME COMPROMETO Y ES MI VOLUNTAD, DECLARAR ALREDEDOR DE
_____ INGRESOS ANUALES PARA EL 20 _____

ATENTAMENT,

FIRMA CLIENTE