

Medicaid Number: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Client: \_\_\_\_\_

Record Number: \_\_\_\_\_

# FORMA PARA DECLARANTE DE SALARIO UNICAMENTE EN EFECTIVO.

Yo, \_\_\_\_\_, declaro un salario percibo en efectivo únicamente por la suma reportada a DAYMARK Recovery Services de \$ \_\_\_\_\_ por la que no obtengo un recibo tangible como comprobante del salario que devengo por labor desempeñada en mi trabajo como:

Yo entiendo que deberé reportarle a DAYMARK inmediatamente sobre cualquier variación de mis ingresos y de esta manera, mi cuenta cambiará retroactivamente a la fecha en que dichos cambios sucedieron y aplicará la tarifa que corresponde a la escala variable de cargos de DAYMARK.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o guardián legalmente responsable  
Indique la relación o vínculo con el cliente.

\_\_\_\_\_  
Fecha