



2300 NE Neff Road Bend, Oregon 97701  
P (541) 330-9001 F (541) 585-9002 vim-cascades.org

**Use este formulario si a usted SE LE PAGA EN EFECTIVO por su trabajo.**

*Pídele a su patrón que complete y firme esta hoja.*

## DECLARACIÓN DE INGRESOS EN EFECTIVO

Mi Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado/a patron(a),

Yo quiero recibir cuidado médico de Voluntarios en Medicina, Clínica de los Cascadas (VIM).

Por eso, necesito mostrar todos los pagos en efectivo que he recibido en los últimos 3 meses. ¿Ya que trabajé para usted durante este tiempo, puedes llenar este formulario por favor?

**VIM necesita la información solamente para determinar si califico para cuidado médico. VIM guardará toda la información como confidencial. Para cualquier pregunta puede llamar a la oficina de VIM al (541) 585-9013. ¡Gracias!**

Month / Year <i>Mes/ año</i>	Number of hours worked <i>(estimate)</i> <i>Número de horas trabajadas (aprox.)</i>	Amount paid <i>(estimate)</i> <i>Monto pagado (aprox.)</i>

\_\_\_\_\_  
*(Firma del patron)*

\_\_\_\_\_  
*(la dirección del negocio)*

\_\_\_\_\_  
*(nombre imprento de patron)*

\_\_\_\_\_  
*(número de teléfono)*

\_\_\_\_\_  
*(nombre del negocio, si lo tiene)*

\_\_\_\_\_  
*(la fecha firmada)*

\_\_\_\_\_  
*(tipo de trabajo/negocio)*

**ENGLISH on other side** 

4-SP. Cash Income Statement-5/2/17