



www.enmu.edu

# Income Affidavit

Health Services • Curry Hall, Room 131 • 505-562-2321

## Client Information

Client name: \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Teens: Are you here with your parent's consent?  Yes  No Date of birth: \_\_\_\_\_

Adolescentes: ¿Estás aquí con el consentimiento de tus padres?  Yes  No

## Income Worksheet

Please write down any money you <b>and</b> anybody else in your family or household received weekly, bi-weekly, semi-monthly, monthly or annually. Favor de indicar <b>todo</b> el dinero que se recibió entre la familia por semana, quincena, mensual, semi-mensual, o anualmente.	<b>Amount</b>
Annual earnings from job or business (before taxes) Salario anual de empleo o negocio (ante de impuestos) <input type="checkbox"/> Check stub <input type="checkbox"/> Letter from employer <input type="checkbox"/> Other _____	\$ _____
Any other sources: Qualquier otro ingreso:	\$ _____
<b>Number in household supported by this income:</b> <b>Numero de personas en la casa sostenida por estos ingresos:</b>	
<b>Check box most applicable and calculate annual earnings:</b>	
<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Por semana (multiply by 52)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Quincena (multiply by 26)	\$ _____
<b>Escojer la caja o cajas que más se aplican a sus ingresos y calculas sus ganancias anuales como se le indica:</b>	
<input type="checkbox"/> Semi-weekly <input type="checkbox"/> 2 veces-mes (multiply by 24)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Mensual (multiply by 12)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Annual (multiply by 1)	\$ _____
<b>Staff use: Client is at _____ percent pay.</b>	<b>Total</b>
	\$ _____

I have seen this document and witness client signatures.

Staff signature and title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Income Affidavit/Declaracion De Ingreso

On the following lines, please tell how much you provide for your basic needs. Who pays rent, utilities, food, etc.? If you receive cash, how much and from whom?

En las siguiente líneas, por favor díganos como provees por sus necesidades básicas. ¿Quién paga el alquiler, las utilidades, la comida, etc.? Si usted recibe el dinero en efectivo, cuanto y de quien? ¿Este trabajo es de tiempo completo, medio tiempo o por temporadas?

(Staff: The client should answer the above questions for this affidavit to be considered complete.)

---



---



---

I have told the truth about **all** sources of my family's income. To the best of my knowledge, I have not given false information or withheld information. I understand that if I do, I may be prosecuted, taken off the program or be required to pay back the benefits I receive.

He dicho toda la verdad sobre todas las fuentes de ingreso de mi familia. Hasta donde puede mi conocimiento no he proporcionado falsa información o he escondido información. Entiendo que si he cometido una falta puedo ser procesado, ser quitado del programa o ser obligado a pagar todos beneficios que he recibido.

Client signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Consent for Family Planning Services Consentimiento Para Servicios De Planificación Familiar

1. I am voluntarily requesting family planning services from the New Mexico Department of Health, Public Health Office. I understand that I have the right to accept or refuse these services without being denied other services from this agency.

Solicito voluntariamente los servicios de Planificación Familiar del Departamento de Salud de Nuevo México. Entiendo que tengo el derecho de aceptar o negar estos servicios sin que se me nieguen otros servicios de esta agencia.

2. I understand that my records will be kept confidential and will be released only as permitted or required by law and that my health information will not be released to an outside agency or person except as specified in “Notice of Privacy Practices” which I have received a copy of. I understand that in cases of abuse or neglect of minors or medical emergencies such as risk for suicide or hurting someone else, a referral or a report to a legal authority will be filed, as required by law.

Entiendo que mis expedientes se mantendrán confidencialmente y serán compartidos sólo con mi permiso o en caso que sean requerido por la ley y que la información sobre mi salud no será compartida a otra agencia o otra persona excepto, como se especifica el “Aviso Acerca de la Privacidad de las Prácticas de Salud”; de la cual he recibido una copia. Entiendo que en caso de abuso o la negligencia de menores, o en las emergencias médica tales como riesgo de suicidio o riesgo de lastimar a otra persona, una referencia o un informe a una autoridad legal será archivado, como es rquerido por la ley.

3. I understand that if I am seen in the clinic and I receive Family Planning services and supplies I may be charged from a sliding fee scale. I will be responsible for these charges if they apply.

Entiendo que si recibo tratamiento en la clínica y recibo los servicios de Planificación Familiar, seré responsable de los costos según el nivel de mis ingresos. Seré responsable por los costos de los servicios recibidos.

**Client signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Firma de cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Contact Information

Health Services  
ENMU Station 31  
1500 S. Ave. K  
Portales, NM 88130  
Phone: 505-562-2321  
Fax: 505-562-2324