

证明您的收入

如要申请 UNM 护理计划 (UNM Care) 或县外护理计划 (Out-of-County Care)，您必须向我们提供用以证明您就业状况和收入的文件。其中一种方法就是向我们提供工资单。如果您无法提供工资单，还可以通过另外两种方法证明您的收入。

- 您可以要求您的雇主提供一份证实您就业状况和收入的书面声明（工作证明函）（第 2 页）。
- 您可以使用随附的收入申报表（第 3 页）申报您的收入。

对于工作证明函，您可以向您的雇主提供以下说明。

尊敬的写信人：

感谢您为我开具声明。以下是一些说明。

- **您可以使用下一页的工作证明函样本。**请复制证明函样本并将其粘贴到贵机构的信头（如有），填写空白处，然后签名。
- **您可以手写一份工作证明函。**请以下一页的证明函样本为指南自行撰写证明函。对于手写证明函或没有信头的证明函，另请附上名片或类似文件。
- 所有证明函均须注明日期、写信人的姓名、职称、联系电话和电子邮件，并附上签名。
- 可以将证明函直接交给患者提交，邮寄给 UNM Financial Assistance（地址：1131 University Blvd, Suite D, Albuquerque, NM 87102）或者通过电子邮件发送至 financialassistance@salud.unm.edu 或患者代表的电子邮件地址。
- 如有任何疑问，请致电 505 272-2521 联系 UNM 财务援助部 (Financial Assistance)。

工作证明函样本

日期: _____

请接受此函以作为 _____ 当前在
_____ 雇员姓名

_____ 工作的证明。
_____ 公司名称

_____ 自 _____ 起一直在我司工作。
_____ 雇员姓名 _____ 月/年

其每 (圈选一项) 天、周、两周、月的工资为 _____ 美元。

如有任何疑问或需要任何其他信息, 请随时通过 _____

_____ 与我联系。

签名

姓名

职称

公司名称

电话号码和/或电子邮件地址

收入申报表（6 个月平均收入）

1. 现金收入

收入	示例	第 1 个月	第 2 个月	第 3 个月	第 4 个月	第 5 个月	第 6 个月
第 1 周	200.00						
第 2 周	150.00						
第 3 周	500.00						
第 4 周	200.00						
第 5 周	400.00						
每月总收入	1,450.00						

如果您没有业务支出，请跳过表 2 和表 3。

2. 每周业务支出

支出	示例	第 1 个月	第 2 个月	第 3 个月	第 4 个月	第 5 个月	第 6 个月
第 1 周	0						
第 2 周	0						
第 3 周	150.00						
第 4 周	0						
第 5 周	30.00						
每月总支出	180.00						

3. 扣除业务支出后的收入

要计算扣除支出后的收入，请从总收入中减去总业务支出

	示例	第 1 个月	第 2 个月	第 3 个月	第 4 个月	第 5 个月	第 6 个月	将第 1 至第 6 个月的金额相加
扣除支出后的收入	1,450.00 - 180.00 1,270.00							总额 =

如果您有业务支出—

将**总额**除以 6。得出的数字即为您的 6 个月平均收入 _____。

如果您没有业务支出—

在表 1 底部一行的紫色框中将第 1 至第 6 个月的金额相加。

每月总收入							总额 =
-------	--	--	--	--	--	--	------

将**总额**除以 6。得出的数字即为您的 6 个月平均收入 _____。