



Declaración de apoyo

Por favor complete ésta forma si no recibe ningún tipo de ingresos o asistencia monetaria del gobierno, y si alguien más aparte de su esposo/a lo están sosteniendo a usted ó a su familia. La persona que lo está sosteniendo a usted ó a su familia debe llenar esta forma.

El omitir información intencionalmente sobre la situación financiera correcta ó información incompleta en esta forma podría causar la descalificación ó terminación del Programa de Asistencia Financiera.

Yo, _____ (nombre de la persona que brinda la ayuda)

financiera), he apoyado a _____ (nombre del cliente) por el

tiempo de (Ejemplo: 4 meses): _____.

Yo le otorgo Yo no le otorgo alojamiento y comida.

Yo le otorgo \$ _____ semanal cada dos semanas dos veces por mes mensual.

Mi relación con él/ella es _____ . Comprendo que no soy responsable del

pago de sus cuentas médicas al menos que tenga la responsabilidad legal de mantenerlo/a. Recibo ingresos de

(ocupación ó trabajo) _____.

Firma

Fecha

Nombre Escrito

Número de Teléfono

Mejor Hora para Contactarlo

Para Uso de la Oficina (Clinica) Solamente

Information Verified By: _____ Date: _____

Comments: _____

Eligibility Employee Signature: _____