

Declaración de Apoyo

Fecha: _____ Clínica que hace referencia: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente: _____ Código postal del paciente: _____

Verifique la adversidad: ___ La pérdida del empleo ___ Divorcio / Separación ___ Viudo
___ Relacionado a su salud Otro: _____

Marque la casilla para los que el solicitante haya recibido en el último año: Cupones de alimentos
 Desempleo Pago de trabajo de contrato/temporal Discapacidad/ Seguridad Social

Nombre del partidario: _____

Teléfono del partidario: _____

Relación al paciente: _____

Fuente de ingresos del partidario:

Opción 1

Yo, _____, confirmo que _____
no vive conmigo, pero está recibiendo asistencia de mí en la forma de:

Dinero en efectivo por la suma de: _____ Alquilar en la cantidad de: _____

La comida en la cantidad de: _____ Utilidades por la cantidad de: _____

Opción 2

Yo, _____, confirmo que _____
vive conmigo y le proveo con apoyo financiero de la vivienda, utilidades, y los gastos de alimentos.

ESTADO DE TENNESSEE **Firma del paciente:** _____

Firmado y jurado ante mí este día ____ de _____ 2019. [Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira _____.

ESTADO DE TENNESSEE **Firma del partidario:** _____

Firmado y jurado ante mí este día ____ de _____ 2019. [Notary Seal]

NOTARIO PUBLICO Mi comisión expira _____.