



Carta de apoyo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

El paciente no tiene prueba de ingresos por las siguientes razones:

Favor de explicar el porqué

Yo, _____, certifico que brindó el siguiente apoyo para el paciente:

_____ Efectivo	\$_____ per month
_____ Renta	\$_____ per month
_____ Comida	\$_____ per month
_____ Utilidades	\$_____ per month
_____ Otras facturas	\$_____ per month
_____ Otros	

Favor de explicar el porqué

Firma del Cliente:

Fecha: _____

Firma del cuidador:

Fecha: _____

