

Patient Name: _____	
MRN: _____	CSN: _____
D.O.B: _____	Admit Date: _____



RYAN WHITE PROGRAM

Declaración de Apoyo

DECLARACIÓN DE APOYO

Use este formulario si el aplicante no tiene ingresos o no puede proporcionar documentación mostrando cómo se mantiene. La persona que proporciona el apoyo debe de llenar y firmar este formulario, **no lo debe** llenar el aplicante.

Yo, _____, certifico que
(Nombre de la persona que da apoyo en letra de molde)

actualmente apoyo a _____, quien vive en el
(nombre del aplicante en letra de molde)

siguiente domicilio: _____
(calle y numero, ciudad, estado y código postal del aplicante)

Lo/la he apoyado desde _____. Mi relación con el
(fecha)

aplicante es _____.
(ejemplos: madre, padre, esposo(a), compañero de habitación, amigo(a), hermano(a) etc.)

El tipo de apoyo que doy es (marque todo lo que corresponda):

- Habitación/vivienda Alimentos/ropa Renta/hipoteca
- Apoyo con facturas de servicios públicos (agua, luz, gas, etc.)
- Dinero en efectivo de \$ _____ al mes Otro:

Explicación adicional (si es necesaria):

Se pueden comunicar conmigo para verificar esta información al: _____
(número de teléfono)

Al firmar este formulario, afirmo que la información anterior es una declaración precisa de la asistencia que le proporciono al aplicante. Entiendo que, si omito deliberadamente o doy información falsa, el aplicante puede ser eliminado del programa y/o procesado penalmente.

X.	
Firma de la persona que da el apoyo	Fecha

Tome nota: Si hay circunstancias especiales alrededor de su situación en casa que necesitarían una explicación o la verificación del trabajador social, el administrador del caso o la enfermera de salud pública haga que le provean una declaración de apoyo detallada a nombre suyo y adjúntela con su aplicación al solicitar la asistencia.