



TOMAGWA
HealthCare Ministries

DECLARACION DE APOYO

Si alguien que no sea su cónyuge le apoya, esa persona debe llenar este formulario.

Yo, _____
(Nombre de quien brinda apoyo)

Estoy ayudando a _____
(Nombre del cliente)

Fecha en la que comenzó a apoyar al individuo: _____

¿Cuánto tiempo vas a estar apoyándole / ella? _____

¿Le da a él / ella alojamiento y comida? Si No

¿Le da ayuda financiera adicional? Si No

- Si, si ¿cuánto adicional? \$ _____
 - Semanal
 - Cada dos semanas
 - Mensualmente

Mi relación con el cliente es _____. Entiendo que no soy responsable de los gastos médicos de el clientes a menos que tenga una responsabilidad legal para apoyarlos.

Reconozco la información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si dicha información se encuentra que es falsa, el cliente se le puede negar los servicios de la Clínica de Tomagwa HealthCare Ministries.

Nombre en molde _____ Fecha: _____

Firma _____

Numero de Teléfono: _____

OFFICE USE ONLY

Patient Account Number _____

Date Received _____

Staff Initials _____