



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 San José

Nombre en molde _____ Fecha: _____

Firma _____

Numero de Teléfono: _____

OFFICE USE ONLY

Patient Account Number _____

Date Received _____

Staff Initials _____