CARTA DE APOYO FINANCIERO

 Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien corresponda:

El paciente mencionado anteriormente está viviendo conmigo. De acuerdo con sus criterios de elegibilidad y hasta el mejor de mis conocimientos, este paciente actualmente tiene cero ingresos y no puede pagar sus gastos médicos debido a dificultades financieras. El paciente tampoco tiene cobertura de seguro medico para ayudar a pagar el costo de los gastos médicos. Seleccione lo siguiente:

1. Proporciono apoyo financiero al paciente mencionado anteriormente. (En caso afirmativo, se necesita una prueba de ingresos para verificar.) **Sí O No**
2. No proporciono ningún apoyo financiero al paciente mencionado anteriormente. (Por favor, refiera al paciente al formulario de Autodeclaración de No Ingresos.) **Sí O No**

Certifico que la información contenida anteriormente es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender. Se pueden hacer consultas para verificar las declaraciones aquí. Entiendo que las omisiones falsas son formas de descalificación y pueden ser procesadas bajo las leyes actuales. Entiendo que este acuerdo durará 1 año, periodo en el que se me pedirá que proporcione la documentación necesaria o renueve este acuerdo. Gracias por su ayuda.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma del paciente Firma del que apoya