



CARTA DE APOYO

Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

A quien corresponda:

El paciente que se menciona arriba vive conmigo en este momento. A mi leal saber y entender, este paciente actualmente no tiene ingresos y no puede pagar sus gastos médicos por las dificultades económicas. El paciente tampoco tiene cobertura de seguro para ayudar a pagar el costo de los gastos médicos. Firmando esta Carta de apoyo abajo, certifico que (*marque sí o no*):

Doy apoyo económico al paciente que se menciona arriba.

___ **SÍ**

___ **NO**

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información de arriba es verdadera y está completa y correcta. Se pueden hacer consultas para verificar las declaraciones de este documento. Entiendo que las declaraciones falsas u omisiones podrían ser formas de fraude y procesarse según las leyes vigentes. Entiendo que esta Carta de apoyo tendrá una duración de 1 año, momento en el que es posible que me soliciten que vuelva a proporcionarla.

Nombre del colaborador: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente

Firma del colaborador

El paciente también debe completar el formulario de Declaración personal de falta de ingresos.