

Con el fin de considerar su solicitud, es preciso que la persona que le ofrece a usted alojamiento y alimentos o una persona esté en conocimiento de su desempleo, rellene este formulario. Este formulario NO PUEDE ser relleno por su cónyuge. Puede ser relleno por una amistad, vecino, compañero de vivienda, novio, padre/madre, etc. que esté en conocimiento de su situación.

(Por favor rellene las secciones que corresponden a las circunstancias del paciente)

Carta de apoyo

Yo, _____ personalmente conozco a _____ y
(Nombre de la persona de apoyo) (Nombre del paciente)
le he dado apoyo / alojamiento y alimentos desde _____ a _____
(Fecha de comienzo) (Fecha final)

La persona que firma a continuación ha declarado que, debido a las circunstancias del paciente, le está cubriendo en este momento al paciente sus necesidades de manera gratuita o como préstamo.

Carta de desempleo

Yo, _____ personalmente estoy en conocimiento de que _____
(Nombre de la persona en conocimiento) (Nombre del paciente)
No puede cubrir sus necesidades diarias (alojamiento, alimentos, etc.) debido a su estado laboral.

X _____

En letra de molde escriba el nombre de la persona que le provee apoyo o que está en conocimiento de su desempleo.

X _____

Firma de la persona que le provee apoyo o que está en conocimiento de su desempleo.

**Firmar este formulario,
no le hace responsable de
la factura.**

Conforme a la ley pública sección 817.50 de los Estatutos de Florida, proveer datos falsos para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo (2º) grado.