



Rockbridge Area Health Center

Declaración De Apoyo

(Esta información solo se requiere para determinar la elegibilidad para nuestro Programa de Descuento De Tarifa Variable)

Cualquier persona que solicite asistencia financiera sin una fuente de ingresos debe completar este formulario. También debe ser firmado por la persona que proporcione el apoyo financiero y debe ser entregado junto con la solicitud de asistencia financiera completa. La Declaración de Apoyo vence después de 6 meses de la determinación de la elegibilidad del solicitante para SFDP.

Completar por el Solicitante:

Yo, _____ Fecha de Nacimiento: _____, declaro que no tengo empleo y no tengo ingresos de ningún tipo.

“Familia/Casa” incluye esposa/o y dependientes:

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Debe ser completado por la persona(s) que brinda el apoyo financiero:

Nombre de la persona(s)/negocio/organización brindando la asistencia financiera (por favor imprimir):

Relación al solicitante (si es individual): _____ Teléfono: _____

Nombre de Contacto (si es negocio): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Yo verifico que el solicitante no puede mantenerse por sí mismo. Yo brindo apoyo (Efectivo/No Efectivo) para ayudar a satisfacer las necesidades del solicitante (**comprobar cual aplica**):

Efectivo: Si No Cantidad Pagada? _____ SEMANAL QUINCENAL MENSUAL

Amparo: Si No Comida: Si No Ropa: Si No Transporte: Si No

Yo entiendo que Rockbridge Area Health Center puede contactarme para verificar esta información. Además, yo entiendo que proporcionar información falsa o posteriormente determinada como falsa dará como resultado que la elegibilidad del solicitante y los descuentos de SFDP sean revocados y el sueldo total de las cuentas se restablecerá y necesitarán ser pagadas inmediatamente.

Firma de la persona brindando apoyo financiero

Fecha de Firma