



Programa de asistencia financiera de escala móvil

DECLARACIÓN DE APOYO

Cualquier persona que solicite asistencia financiera sin ingresos debe completar este formulario

Usted necesitará presentar la solicitud de nuevo después de seis meses.

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____

Nombre del cónyuge y/o dependientes:

No tengo trabajo ni ingresos de ningún tipo.

Firma: _____ Fecha: _____

A ser completado por la persona u organización que brinda ayuda.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Nombre de organización: _____

Tipo de apoyo: (Por favor, encierre su elección con un círculo)

Efectivo: Cantidad pagada: _____ Frecuencia: _____
Refugio Alimentos Ropa Transportación

Confirmó que la persona anterior no tiene trabajo, y que le brindo ayuda. Entiendo que este formulario firmado **no** me hace responsable por su cuenta. Entiendo que dar información falsa hará que el descuento se detenga y que la persona anterior tendrá que pagar el saldo completo. Entiendo que el Centro de Salud del Área Rockbridge puede comunicarse conmigo.

Firma de la persona que brinda ayuda: _____ Fecha: _____

25 Northridge Lane • Lexington, VA 2

(540) 464-8700 • www.rockahc.org • fax: (855) 464-806-0826