

## STATEMENT OF SUPPORT/ASSISTANCE CERTIFICACIÓN DE MANUTENCION

Patient Name / Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Account Number / Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Date of Service / Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

This is to certify that I am/was providing the following type of support and assistance to / El presente es para certificar que proporciono/proporcioné el siguiente tipo de apoyo y asistencia a

\_\_\_\_\_  
(Patient Name / Nombre del paciente)

	Yes / Sí	No / No
Food / Alimentos:	_____	_____

Shelter / Albergue:	_____	_____
---------------------	-------	-------

Cash / Efectivo:	_____	_____	Amount per month / Monto mensual: \$	_____
------------------	-------	-------	--------------------------------------	-------

From / Desde:	_____	To / Hasta:	_____
	(Month/Year)		(Month/Year)

At this address / En esta dirección: \_\_\_\_\_  
(Street Address / Dirección)

\_\_\_\_\_  
(City, State, Zip Code / Ciudad, estado, código postal)

I am not responsible, nor able to pay for any hospital or medical expenses for him/her. / No soy responsable, ni puedo pagar ningún gasto hospitalario o médico por esta persona.

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Print Name / Nombre en letra de molde

Relationship to Patient / Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Telephone Number (including area code) /  
Número de teléfono (incluyendo código de área): \_\_\_\_\_

Address (if different from above) / Dirección (si es distinta a la anterior): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_