

### Prueba de Apoyo

Cualquier persona que este solicitando asistencia financiera sin ingresos tiene que completar esta forma. La forma también tiene que ser firmada por la persona que esté dando el apoyo financiero y entregada junto con la solicitud de asistencia financiera. Descuentos de seis meses en la escala móvil son asignados a pacientes con Declaraciones de Pruebas de Apoyo.

#### **Debe ser completado por el/la paciente:**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que no estoy empleado y no tengo ingreso de cualquier tipo.

Número de dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

#### **Debe ser completado por la(s) persona(s) que brindan el apoyo financiero:**

Nombre de persona(s) brindando asistencia financiera (por favor escribe en letra de imprenta):

\_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo actualmente brindo lo siguiente a la persona enlistada previamente (chechar lo que aplique):

Albergue \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Asistencia financiera (recibos) \_\_\_\_\_

*Al firmar esto, yo verifico que, al mejor de mi conocimiento; la persona enlistada previamente no está empleada, no recibe beneficios por estar desempleado y no tiene fuentes de ingreso verificables. Yo comprendo que si doy información falsa puedo ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude.*

Firma de la persona que brinda asistencia financiera:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Regresar al Centro de Salud, si aplica**