



Reconocimiento de Apoyo para Gastos Mensuales

Cada paciente debe completar este formulario. Muestre cómo cubre sus gastos básicos de vida en la tabla a continuación. Tenga en cuenta si usted, una organización o un individuo (amigo o familiar) paga el gasto. Si cubre el gasto usted mismo, simplemente escriba "Yo" en ambas columnas.

Gastos Mensuales

Gastos	Fuente de pago: uno mismo, un individuo o agencia?	Nombre del partidario: nombre de la agencia / organización o nombre completo y relación del individuo
Alquiler / Hipoteca		
Servicios públicos (electricidad, agua, etc.)		
Comida		
Ropa, higiene, necesidades básicas		

Reconocimiento de Apoyo: *para ser firmado por individuos o representantes de la organización, si corresponde. Si cubre todos sus gastos, solo necesita firmar en la línea Firma del paciente en la parte inferior.*

Con mi firma, atestiguo que este solicitante no tiene ingresos o ingresos insuficientes y que yo, o la organización que represento, proporcionamos apoyo financiero para sus gastos de subsistencia

Nombre del Contacto de Soporte - Alquiler _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del Contacto de Soporte - Utilidades _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del Contacto de Soporte - Alimentos _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del Contacto de Soporte - Necesidades básicas _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

(si el paciente es menor de 18 años de edad)