

DOCUMENTATION OF SUPPORT

I AM PROVIDING SUPPORT FOR _____ IN THE FOLLOWING MANNER:
(PRINT PATIENT'S NAME)

Check only one of the three statements below:

_____ Lives with me and receives free room and board

****Please provide a verification of address****

_____ Lives with me and shares expenses. My contribution to expenses is:

\$ _____

_____ Does not live with me but I provide support as indicated below:

I provide support as indicated:

Food \$ _____

Housing \$ _____

Utilities \$ _____

Other \$ _____

Estimated total amount per month provided to patient: \$ _____

The Provider **must** sign this statement. ****Please also attach a copy of the provider's Photo ID****

Provider's Signature _____

Provider's Printed Name _____

Date _____ Phone# _____

DOCUMENTACION DE APOYO FINANCIERO

Yo estoy proveyendo apoyo a _____ de la siguiente manera:
(Nombre del paciente)

Marque una sola contestación:

_____ Reside conmigo y recibe hospedaje y comidas gratis

****Proveer verificación de dirección****

_____ Reside conmigo y compartimos los gastos. Mi contribución es la siguiente:

\$ _____

_____ No reside conmigo, pero yo le proveo apoyo financiero de la siguiente forma:

Comida	\$ _____
Hospedaje	\$ _____
Servicios	\$ _____
Otros	\$ _____
Total	\$ _____

El proveedor debe firmar este documento. ****Por favor proveer una copia de su ID****

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____ Teléfono _____