



AccelHealth

CARTA DE APOYO A INDIVIDUOS SIN INGRESOS

Si recibe ayuda (por ejemplo, comida, hogar, ayuda financiera) de un familiar o amigo, pídale a la persona que brinda asistencia en completar esta carta para que reciba el descuento de la clínica.

Mantenedor: Si la persona con la que está llenando este documento vive con usted, necesitaremos copias de su ingreso mensual para que puedan recibir el descuento de la clínica.

Fecha: ___ / ___ / ___

Yo, _____, ayudo _____
(Nombre de Mantenedor) (Nombre de Paciente)

Dirección de Paciente: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Codigo Postal: _____

Con los siguientes servicios (Marque todo lo que le corresponda)

Comida

Casa/Renta

Soporte Financiero

Otro (Por favor explique): _____

Mantenedor: La persona que estoy ayudando vive no vive conmigo. (Cheque uno)

Creo que el valor mensual en dólares de estos servicios es aproximadamente

\$ _____

Numero de telefono de mantenedor: _____

Dirrección de mantenedor: _____

Relación al paciente: _____

Firma de mantenedor: _____

Comentarios adicionales:
