

## Declaración de habitación y alimentación

Nombre del paciente: (escribir con letra de molde) \_\_\_\_\_

La persona cuyo nombre aparece arriba nos informó que usted contribuye sustancialmente a su manutención o que usted es su único medio de apoyo económico.

---

---

El tipo de apoyo que brindo es: (complete todas las que apliquen)

\_\_\_\_\_ Habitación y alimentación, desde (fecha) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Provisión de \$ \_\_\_\_\_

cada semana \_\_\_\_\_, cada 2 semanas \_\_\_\_\_, cada mes \_\_\_\_\_

Otros (favor de explicar)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Yo/nosotros, (escriba con letra de molde) \_\_\_\_\_ hemos sido el único apoyo/apoyo sustancial de la persona nombrada anteriormente y, según mi/nuestro leal saber y entender, declaramos que esta persona no tiene otro medio para subsistir. Yo/nosotros continuaremos proporcionando habitación y alimentación, pero no seremos responsables de los gastos médicos incurridos.

\_\_\_\_\_  
Firma 1

\_\_\_\_\_  
Firma 2

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Dirección, calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

---