

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 _____
