

Declaración de Soporte



Fecha _____

Nombre de Cliente _____

Nombre des Solicitantes

Para ayudarnos a determinar la elegibilidad de su familia, la persona que le provee soporte tiene que completar la información acerca de él o ella mismo debajo.

.....
LA PERSONA QUE PROVEE SOPORTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Para ayudarnos a determinar si los solicitantes listados arriba son elegibles para los programas, por favor provea la información requerida acerca de usted mismo debajo. Gracias.

Nombre _____ Teléfono _____

Su Relación al Cliente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Declaro que proveo soporte para las siguientes personas:

residiendo en (dirección) _____

Proveo el siguiente soporte (marque todo lo que aplique):

- Alojamiento Dinero: \$ _____ Ropa Dinero para las necesidades médicas
 Comida El dinero para gastos personales Otro (por favor especifique) _____

Firma _____ Fecha _____