

## DECLARACIÓN DE APOYO

### SECCIÓN DE APLICANTE (para ser completado por aplicante)

Yo aquí consedo permiso a Harrisonburg Community Health Center para reveler cualquier apoyo provisto para poder determinar elegibilidad para el programa de Escala de Descuentos de Precios.

Nombre de aplicante: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### PATROCINADOR/CUIDADOR (esta sección debe ser completada por patrocinador/cuidador)

Nombre (individual/negocio/organización)	Dirección	Estado	Código postal
--	-----------	--------	---------------

Relación con Aplicante

Número de teléfono

Yo verifico que el aplicante es incapaz de proveer para sí mismo. Yo proveo apoyo (efectivo y/o no efectivo) para ayudara satisfacer las necesidades de vivir básicas del aplicante:

- |                                   |          |         |           |         |
|-----------------------------------|----------|---------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> Albergue | \$ _____ | mensual | quincenal | semanal |
| <input type="checkbox"/> Comida   | \$ _____ | mensual | quincenal | semanal |
| <input type="checkbox"/> Facturas | \$ _____ | mensual | quincenal | semanal |
| <input type="checkbox"/> Efectivo | \$ _____ | mensual | quincenal | semanal |
| <input type="checkbox"/> Otro     | \$ _____ | mensual | quincenal | semanal |

***\*Yo entiendo que Harrisonburg Community Health Centerme puede contactar para verificar esta información. Además, yo entiendo que si la información provista es encontrada incomplete o fraudulenta el aplicante será removido de Programa de Escala de Descuento de Precios PERMANENTEMENTE.***

Completado por: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Effective Date:

Revised:



1380 Little Sorrell Drive, Suite 100  
Harrisonburg, Virginia 22801  
540.433.4913  
Fax 540.433.4915  
[www.hburgchc.org](http://www.hburgchc.org)

Effective Date:  
Revised: