

Atestación de Circunstancias

A. Paciente:

Por favor incluya a usted y a los miembros de su hogar. **(El hogar es definido con usted, su esposo(a), y sus dependientes)**

*****CUANDO HAIGA CAMBIO DE CIRCUMSTANCIAS, DEBE LLENAR UNA FORMA NUEVA*****

¿Usted ha hecho una declaración de impuestos? _____ **Si, sí. ¿Cuándo?** _____

¡PARE AQUÍ! EL RESTO DE ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR LA PERSONA QUE LE ESTA AYUDANDO FINANCIARAMENTE.

Escriba el nombre de la persona quién estará atestar a su circunstancia de vida: _____

Contesta los siguientes preguntas del paciente y/o de la gente escrito anteriormente en la sección A.

B. Refugio/ Suporte Nutricional

1. Yo pago o doy refugio para la(s) persona(s) indicadas arriba en la parte A..... SÍ NO
 - a. Si **SÍ**, ponga la dirección del hogar o refugio que es proveído _____
 - b. Si **NO**, ¿quién paga por el refugio de la(s) persona(s) indicadas arriba?: _____
1. Yo proporciono comida para la(s) persona(s) indicadas arriba en la parte A..... SÍ NO
 - c. Si **NO**, ¿cómo se compran comida la(s) persona(s) indicadas arriba?
 Estampillas Comida Donada Otro: _____
2. La(s) persona(s) incluidas arriba como Paciente, pagan por renta o utilidades... SÍ NO
 - a. Si **SÍ**, ¿cuánto pagan de renta y /o utilidades por mes? _____

C. Desempleo

1. Doy mi mejor consentimiento que la(s) persona(s) indicadas arriba en la parte A, no están empleadas... SÍ NO
 - a. Si **NO**, ¿quién está empleado:
 - Nombre(s): _____
 - Lugar(es) de Empleo: _____

D. Contribución en Efectivo

Yo le doy una contribución mensual en efectivo a las personas indicadas arriba en la cantidad de \$ _____.

Yo declaro, bajo pena de perjurio, con el mejor de mi consentimiento que todas las declaraciones de esta forma son verdaderas.

Firma de la persona completando esta forma

Firma del Paciente (si es menor, el padre/madre o guardián legal)

Nombre

Fecha

Nombre

Fecha

Relación al Paciente

Dirección

Número de Teléfono