Tift Regional Health System, Inc.
Declaración de Apoyo

Yo, *(nombre de pesona dando apoyo, no cónyuge)* _____, certifico que *(nombre del solicitante)* _____ es mi *(relación con el solicitante)* _____ y, hasta donde yo sé, actualmente no está empleado y no tiene ingresos de ningún tipo, incluidos Seguro Social, Jubilación, Incapacidad de Corto/Largo Plazo, Compensación de Trabajadores, o Desempleo. La última vez que tuvieron algún tipo de ingreso fue *(MM/DD/AA)*_____. Yo le doy el siguiente apoyo.

Marque TODO lo que aplique:

☐Financiera *(Yo le doy dinero o pago sus cuentas)*
☐Habitación y alojamiento
☐Comida/Comestibles
☐Otro

Si el solicitante nombrado anteriormente está casado(a):
Yo también certifico que el esposo(a) del solicitante, _____, hasta donde yo sé, actualmente no está empleado(a) ni tiene ingresos de ningún tipo y recibe mi manutención. La última vez que tuvieron algún tipo de ingreso fue *(MM/DD/AA)*_____.

Sinceramente,

_____ Fecha _____
Nombre de la Persona Dando el Apoyo *(por favor imprimir)*

_____
Firma de la Persona Dando el Apoyo

Firma del Testigo-*Requerido*_____ Fecha_____
(no el solicitante o cónyuge)