



Tift Regional Health System, Inc. Declaración de Apoyo

Yo, (*nombre de persona dando apoyo*) _____, certifico que
(*nombre del solicitante*) _____ es mi (*relación con el solicitante*)
_____, 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 Laboral, 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,

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

Fecha _____

Firma de la Persona Dando el Apoyo

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

Fecha _____