



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)*
_____ 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 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 _____