



CARTA DE APOYO

Por favor, ayudenos a determinar la elegibilidad para asistencia de la persona mencionada a continuación. Dé respuestas específicas al contestar las preguntas relacionadas al dinero prestado o proveído directamente a esta persona. Al completar esta forma, por favor no utilice frases como "la cantidad varia", "varia de mes a mes", o "ayudo lo más que puedo". **Necesitamos cantidades de dinero específicas para poder determinar elegibilidad.** Esta forma debe ser llenada por la persona dando la ayuda y/o compartiendo gastos con el cliente.

Nombre del cliente: _____

Dirección del cliente: _____

Nombre de la persona dando la ayuda (la persona completando esta forma): _____

Su dirección: _____

Número de teléfono: _____

Su relación con el cliente mencionado: _____

Permite usted que esta persona viva en su hogar cubriendo usted todos los gastos? Si _____ No _____

Comparten gastos? Si _____ No _____ En caso afirmativo, como dividen los gastos?

Comparten: Renta \$ _____ Utilidades \$ _____ Otros Gastos \$ _____

Haga una lista de cuánto dinero le ha facilitado a esta persona en los últimos 2 meses. Si no le ha suministrado dinero en efectivo, por favor coloque **\$0.00** en la Cantidad Suministrada.

Mes y Año	Cantidad Suministrada	Motivo de su Ayuda (ejemplo: Renta, Comida, Albergue, otros)
	\$	
	\$	

Planea continuar asistiendo a esta persona? Si _____ No _____

En caso afirmativo, con cuánto dinero por mes? \$ _____

Ha pagado usted alguno de los gastos de esta persona? Si _____ No _____

En caso afirmativo, indique el tipo de gasto de esta persona y la(s) cantidad(es) pagadas por usted (favor de incluir solamente los gastos que le corresponden al cliente)

Tipo de Utilidad (Electricidad, Agua, Seguro de Auto, etc...)	Cantidad Paga

Esta persona trabaja o tiene alguna otra fuente de ingresos? Si _____ No _____

En caso afirmativo, dónde trabaja dicha persona y/o con qué otra fuente de ingresos cuenta:

Firma de la persona suministrando la ayuda

Fecha

De acuerdo con la ley Federal, el Departamento de Salud está prohibido a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión, ideología política o estado civil.