



## 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? \$ \_\_\_\_\_

Esta ayuda **es un regalo o un préstamo?** (Un préstamo es si espera que la persona le reembolse)

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.