



CARTA DE APOYO

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Nombre del partidario: _____

Relación del partidario con paciente: _____

Numero de telefono de partidario: _____

Esta carta es para certificar que (nombre de paciente): _____
recibe muy poco/ningún ingreso y que estoy asistiendo con sus gastos diarios.

Por favor seleccione uno de los siguientes:

- Opción 1:** El paciente vive conmigo y proveo todo el apoyo financiero para vivienda, utilidades, alimentos y otros gastos.
- Opción 2:** Yo proveo al paciente con \$ _____ por mes en asistencia financiera.

Firma del partidario: _____

Fecha: _____