



Devuelva el formulario por correo postal, fax o correo electrónico a:

NC MedAssist
4428 Taggart Creek Rd, Suite 101
Charlotte, NC 28208

Fax: 704-536-9865 | Correo electrónico: Info@medassist.org

Declaración de cero ingresos

Complete la siguiente declaración de cero ingresos si no está trabajando actualmente y no tiene ningún ingreso ni ayuda. Si está casado y su cónyuge no trabaja ni recibe ingresos, pídale que también complete la declaración de cero ingresos.

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_, certifico que actualmente no estoy trabajando y no tengo ingresos. Recibo el correo postal en la siguiente dirección \_\_\_\_\_, la cual he incluido en la solicitud.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Carta de apoyo financiero

Si recibe apoyo financiero de alguien, pídale que complete la carta de apoyo financiero en su nombre (por ejemplo, si vive con un amigo o familiar o si recibe dinero para alimentos, vivienda, servicios públicos).

Yo le doy apoyo financiero a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ de la siguiente manera:
(Nombre del paciente en letra de imprenta)

Marque solo una de las casillas:

- Checkboxes for: Vive conmigo en la siguiente dirección y recibe hospedaje y comida gratis, No vive conmigo, pero yo le doy apoyo financiero como está indicado a continuación, Comida, Vivienda, Servicios públicos, Efectivo

Firma \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Dirección en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal en letra de imprenta \_\_\_\_\_