

بيان الدعم المالي

قسم المتقدمين (يتم استكمالها من قبل مقدم الطلب)

أمنح بموجب هذا الإذن لـ HCHC بالإفصاح عن أي دعم مقدم من أجل تحديد الأهلية لبرنامج خصم الرسوم (الدخل المنخفض) .

أسم المتقدم: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____

الكفيل/النائب-القائم بالأعمال (يجب إستكمال هذا الجزء من قبل الكفيل/القائم بالأعمال)

الاسم (فرد/شركة/ منظمة)	العنوان	الولاية	الرمز البريدي
_____	_____	_____	_____
صلته بالمقدم	رقم الهاتف		
_____	_____		

أؤكد أن مقدم الطلب غير قادر على إعالة نفسه. أقدم الدعم (النقدي و / أو غير النقدي) للمساعدة في تلبية الاحتياجات المعيشية الأساسية لمقدم الطلب:

<input type="checkbox"/>	المأوى	\$	_____	شهرياً	مرة كل اسبوعين	أسبوعياً
<input type="checkbox"/>	الطعام	\$	_____	شهرياً	مرة كل اسبوعين	أسبوعياً
<input type="checkbox"/>	الفواتير	\$	_____	شهرياً	مرة كل اسبوعين	أسبوعياً
<input type="checkbox"/>	نقد	\$	_____	شهرياً	مرة كل اسبوعين	أسبوعياً
<input type="checkbox"/>	اخر	\$	_____	شهرياً	مرة كل اسبوعين	أسبوعياً

*أدرك أن HCHC قد تتصل بي للتحقق من هذه المعلومات. علاوة على ذلك ، أفهم أنه إذا تبين أن المعلومات المقدمة غير كاملة أو احتيالية ، فسيتم إزالة مقدم الطلب بشكل دائم من برنامج خصم الرسوم المتدرج (الدخل المنخفض) .

أكمل من قبل: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____