

## DECLARACIÓN DE APOYO

**SECCIÓN DEL APLICANTE** *(para ser llenado por el aplicante)*

Yo aquí concedo permiso a HCHC para revelar cualquier apoyo proporcionado con el fin de determinar la elegibilidad para el Programa de Escala de Descuento.

Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**PATROCINADOR/CAIDADOR** *(esta sección debe ser llenada por el patrocinador/cuidador)*

Nombre (individuo/negocio/organización) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Relación con el aplicante \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Yo verifico que el aplicante es incapaz de proveer para sí mismo. Yo proveo apoyo (efectivo y/o no en efectivo) para ayudar a satisfacer las necesidades de vivir básicas del aplicante:

- |  |          |                |                  |                |
|--|----------|----------------|------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Albergue</b> | \$ _____ | <b>mensual</b> | <b>quincenal</b> | <b>semanal</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Comida</b>   | \$ _____ | <b>mensual</b> | <b>quincenal</b> | <b>semanal</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Facturas</b> | \$ _____ | <b>mensual</b> | <b>quincenal</b> | <b>semanal</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Efectivo</b> | \$ _____ | <b>mensual</b> | <b>quincenal</b> | <b>semanal</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>     | \$ _____ | <b>mensual</b> | <b>quincenal</b> | <b>semanal</b> |

***\*Yo entiendo que HCHC me puede contactar para verificar esta información. Además, yo entiendo que, si la información provista es encontrada incompleta o fraudulenta, el aplicante será removido del Programa de Escala de Descuento PERMANENTEMENTE.***

Llenado por: \_\_\_\_\_

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