



Declaración de Contribución Suplementario Para los Programas de Asistencia Financiera FMHC

Este formulario debe ser COMPLETADO y FIRMADO por la persona que ayuda al solicitante. Se requieren Declaraciones Contribución Suplementarios adicionales para cada individuo que proporciona asistencia al solicitante.

Nombre completo del Solicitante: _____ # Teléfono: (____) _____ - _____

Le proporciono el Solicitante un lugar para vivir, sin costo alguno para el solicitante, que está valorado en \$ _____ por mes.

***** Tenga en cuenta, que el valor de la vivienda debe reflejar el valor justo en el mercado por el espacio proporcionado al solicitante.**

Le proporciona el Solicitante con la asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se utilizará aplicada a los gastos de vivienda por la cantidad mensual de \$ _____.

***** Tenga en cuenta, que el valor de la vivienda debe reflejar el valor justo en el mercado por el espacio proporcionado al solicitante.**

Proporciono alimentos o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los gastos de comestibles en la cantidad mensual de \$ _____.

Proporciono pagos del coche o la asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos del coche en la cantidad mensual de \$ _____.

Proporciono pagos con tarjeta de crédito o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de tarjeta de crédito en la cantidad mensual de \$ _____.

Proporciono pagos de servicios públicos o la asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de servicios públicos mensuales de la siguiente manera;

Electricidad: \$ _____ Gas: \$ _____ Agua: \$ _____ Basura: \$ _____ Alcantarilla: \$ _____

Proporciono pagos telefónicos o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de teléfono en la cantidad mensual de \$ _____.

Proporciono los pagos de atención médica o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de el cuidado de salud en la siguiente manera;

Hospital: \$ _____ Dental: \$ _____ Prescripción: \$ _____ Atención Primaria: \$ _____



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

- Proporciono asistencia miscelánea financiera (efectivo, cheque, etc.) a la solicitante en la cantidad mensual de \$ _____.
- Ofrezco artículos de higiene personal o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los elementos de higiene personal en la cantidad mensual de \$ _____.
- Yo Proveo _____ o ayuda financiera (efectivo, cheque, etc.) para ser aplicado a _____ por la cantidad mensual de \$ _____.

Por la presente certifico que la información que aparece arriba es verdadera y correcta. Yo entiendo que el Solicitante está solicitando ayuda financiera a través del Programa de Asistencia Financiera FMHC y que la información falsificada podría tener consecuencias financieras para el Solicitante incluyendo la terminación de la ayuda financiera anterior y del futuro.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____

Relación con el Solicitante: _____