



Carta de apoyo financiero para personas sin ingresos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

A quien corresponda:

Yo, _____ apoyo a mi papa/mama/miembro de familia
Nombre de la persona que brinda apoyo

_____ financieramente y a cubrir sus necesidades básicas de
Nombre del paciente
vivienda y comida. El valor aproximado en dólares de mi apoyo es \$ _____/mes.

_____ no tiene ingreso. ***YO SI/ YO NO** reclamo a _____
Nombre del paciente *Nombre del paciente*

Como dependiente en mis impuestos. El/Ella no es elegible para recibir asistencia del gobierno debido a su estado de migración. Acepte esta carta como su "prueba de ingresos".

Atentamente,

X

Firma de la pesona que brinda apoyo

**Some organizations that Lahai partners with and that you may receive services from, will require a copy of your tax return.