



List dot. Zamieszkania I wyżywienia

Data: _____

Dotyczy:

Nazywam się _____ I zapewniam zamieszkanie I

wyżywienie dla _____ (nazwisko pacjenta), który

mieszka ze mną od _____. Mogę nadal zapewnić mieszkanie I
(miesiąc I rok)

wyżywienie, ale nie jestem w stanie opłacać żadnych rachunków medycznych ani
innych finansowych potrzeb.

Podpis

Adres

Miasto

Stan

Kod pocztowy

Potwierdz notarialnie w polu poniżej , jeżeli forma ta będzie używana jako dowód zamieszkania:

State of _____

County of _____

This instrument was acknowledged before me on _____ (date)

by _____ (name/s of person/s).

(Signature of Notary Public)