



Declaración de alojamiento y comida

Fecha: _____

A Quien Corresponda:

Mi nombre es _____ y estoy proporcionando alojamiento

y comida para _____ (Nombre de paciente),

quien ha estado viviendo conmigo desde _____.
(mes y año)

Puedo seguir proporcionando alojamiento y comida, pero no puedo contribuir a ninguna factura médica o otras necesidades financieras.

Firma

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Poner sello de notario en el cuadro de abajo Solamente, si el formulario se utilizará como comprobante de domicilio:

State of _____

County of _____

This instrument was acknowledged before me on _____ (date)

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

(Signature of Notary Public)

(Seal)