

AAMC Community Clinics, LLC

Forest Drive Morris Blum Stanton Center Arundel Lodge

410-990-0050

Verificación de Asistencia/No ingresos

(Debe ser notariada)

Solicitante (Para ser completado por el paciente/Guardián legal):

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

No tengo ingresos desde: _____ No espero recibir ingresos hasta: _____

Situación de vivienda: Vivo con amigo(a)/pariente/compañero(a) Rento Dueño de casa
 Dormitorio (escolar) Sin hogar Refugio

Situación de alimentos: Alimentos proporcionados por amigo(a)/pariente en el hogar Despensa
 Programa de asistencia alimenticia (SNAP)

Firma del paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

.....

Persona(s) manteniendo al solicitante (Para ser completado por la persona dando el soporte):

He estado proporcionando al solicitante con lo siguiente:

Vivienda: Vivienda en mi casa Dinero para vivienda Cama en un refugio

Alimentos: Alimentos en mi casa Dinero para alimentos

Otro: \$ _____/al mes para otros gastos (No para vivienda o alimentos)

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que el solicitante no está recibiendo ningún tipo de ingreso en este momento.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

Relación con el solicitante: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____