

**Letter of Financial Support**

Patient's Name:	
Person providing financial support (name):	
Relationship to Patient:	
Phone Number:	

I, \_\_\_\_\_, certify that the patient (name) \_\_\_\_\_

has very little and/or no income and I am providing financial support. Please select one of the following options:

**Option 1:** The above named patient lives with me and I provide all financial support related to housing, food, and other expenses.

**Option 2:** I provide the above named patient with \$\_\_\_\_\_ per month to assist them financially.

**Signature of person providing financial support:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Carta de Apoyo Financiero**

Nombre del Paciente:	
Nombre del partidario:	
Relación del partidario con el paciente:	
Numero de teléfono del partidario:	

Por la presente certifico que yo, \_\_\_\_\_, proveo apoyo financiero para  
 (nombre del paciente): \_\_\_\_\_

ya que el paciente recibe muy poco o ningún ingreso. Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

**Opción 1:** El paciente vive conmigo y yo proveo todo el apoyo financiero para la vivienda, los alimentos y otros gastos.

**Opción 2:** Yo proveo al paciente un monto de \$\_\_\_\_\_ mensual para apoyarlo financieramente.

**Firma del partidario:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_