Para ser utilizado cuando el solicitante, que de otra manera estaría sin hogar, vive temporalmente con un familiar, amigo u otra persona, y las personas con quienes vive se han negado a proporcionar información sobre sus ingresos. El solicitante NO debe firmar este formulario. Este formulario también puede servir como Comprobante de Domicilio.

Exchange for Room and Board

Fecha: _____

Solicitante de Medication Assistance Pharmacy: _____
(Nombre del paciente)

A quien pueda interesar:

El paciente no tiene ingresos. A cambio de alojamiento y comida (incluyendo alimentos si no recive estampillas de alimentos), hacen tareas domesticas/Trabajos ocasionales por un valor estimado de $_____ por mes. Vive conmigo en la signuiente direccion:

_____.

_____.

_____.

Con mi firma, verifico que soy la persona que proporciona alojamiento y comida y que la informacion anterior es cierta.

Su Nombre *(en letra de imprenta)* Su Firma