



Formulario para personas sin ingresos

NOTA: USE ESTE FORMULARIO SOLO SI NADIE EN EL HOGAR TIENE INGRESOS
El paciente debe completar la SECCIÓN 1 - La persona que ayuda al paciente debe completar la SECCIÓN 2 El formulario completado debe enviarse con el paquete de solicitud de Welvista

SECCIÓN 1: Información sobre el paciente (toda la información es obligatoria)

Mediante mi firma, verifico que **NI YO, NI NADIE QUE VIVE EN MI CASA** tenemos ningún tipo de ingreso. Si cualquier persona de mi grupo familiar o yo recibimos cupones para alimentos o ayuda de la Housing Authority (HUD, Autoridad de Viviendas), **HE ADJUNTADO UNA DECLARACIÓN ACTUAL DE CADA ORGANIZACIÓN.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 2: Persona que ayuda o mantiene al paciente (se deben completar todas las secciones con los montos en dólares). Debemos saber cómo paga la vivienda, los alimentos y utilidades.

Mediante mi firma, verifico la situación de vivienda actual del paciente, que toda la información es verdadera y que no se brindan servicios ni trabajo a cambio de apoyo. **LA PERSONA QUE AYUDA AL PACIENTE NO PUEDE VIVIR EN LA MISMA CASA QUE EL PACIENTE.**

Nombre de la persona que ayuda al paciente (en letra de imprenta): _____

Indique el monto en dólares que pagó/entregó en los últimos 30 días para cada uno de los puntos a continuación que corresponda:

\$ _____ Casa/renta (si la respuesta es \$0, indique por qué) _____
\$ _____ Alimentos (si la respuesta es \$0, indique por qué) _____
\$ _____ Utilidades (si la respuesta es \$0, indique por qué): _____
\$ _____ Monto total que le entrega al paciente por mes _____

Firma de la persona que ayuda al paciente o verifica su situación de vivienda actual. Fecha: _____

O - El paciente no tiene a nadie mayor de 18 años para responder por su situación de vivienda actual:

(Representante del Paciente/Administrador de Casos) Fecha: _____