



Greater Prince William Community Health Center

4379 Ridgewood Center Dr, Suite 102, Woodbridge, VA 22192
9705 Liberia Ave, Suite 201, Manassas, VA 22010
17739 Main Street, Suite 130, Dumfries, VA 22026
Phone: 703.680.7950 Fax: 703.680.7953

Declaracion de Apoyo

(Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para nuestro Programa de Escala de Descuento)

Sección del Solicitante - para ser completado por el solicitante:

Autorizo a Greater Prince William Community Health Center a revelar cualquier apoyo con el fin de determinar la elegibilidad para el Programa de Escala de Descuento.

Nombre del Aplicante: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Declaración de apoyo – Si el aplicante alega que no tiene ninguna fuente de ingresos pero recibe el apoyo (en efectivo o “no” en efectivo) de uno o más individuos (relacionados o “no” relacionados), las empresas o la organización debe proporcionar formulario llenado y firmado declaración de apoyo de cada individuo, negocio u organización que presta dinero o efectivo apoyo. La declaración de apoyo expira 30 días después de la determinación de elegibilidad del solicitante para el programa de escala de descuento; una nueva declaración de apoyo debe ser completado y firmado por próxima cita del solicitante para continuar la elegibilidad para el programa de escala de descuento.

Se aceptará un máximo de tres declaraciones de apoyo desde el mismo individuo, negocio u organización que brinda apoyo (efectivo o no en efectivo) por hogar.

PATROCINADOR o el tutor - esta sección debe ser completada por el patrocinador o el tutor:

Nombre (individuo / Negocio / organizacion) _____ Direccion _____ Estado _____Codigo Postal _____

Relacion con el aplicante (Si es un individuo) _____ Telefono _____

Nombre del Contacto (Si es Negocio o Organizacion) _____ Telefono del Contacto _____

Yo proporciono apoyo (efectivo o “no” en efectivo) para ayudar a satisfacer las necesidades básicas de vida del solicitante:

Refugio: SI NO Comida: SI NO Ropa: SI NO

Efectivo: SI NO Monto? _____ SEMANAL _____ QUINCENAL _____ MENSUAL _____

Tengo entendido que Greater Prince William Community Health Center puede ponerse en contacto conmigo para verificar esta información. Además, entiendo que proporcionar información falsa o información posteriormente determinada que era falso resultará en la elegibilidad del solicitante y todos los descuentos obtenidos pueden ser revocados y el saldo total de las cuentas restauradas y pagos serán requeridos inmediatamente.

Completado por (Nombre y Titulo): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Effective Date: Immediate
Approved Date: 06/2010, 06/2011, 05/2013
Revision Date: 04/ 29/2015