



455 Lakeshore Parkway | Rock Hill, SC 29730
T: 803.909.6363 | F: 803.909.6364 | affinityhealthcenter.org

ESTADO DE RESULTADOS

Yo, _____, declaro que actualmente tengo
(nombre de cliente)

cero ingresos. Mi vivienda es proporcionado por _____
(Nombre de la persona con la que vives)
y su relación para mí es _____. La persona nombrada anteriormente
(haga clic en uno) me proporciona no me proporciona apoyo financiero.

Si la persona nombrada arriba le proporciona apoyo financiero, por favor proporcione la siguiente información:

Cuánto dinero le proporcionan: _____

Con qué frecuencia le proporcionan el dinero(mensual, quincenal, etc.): _____

Cuánto durará el apoyo financiero: _____

En el futuro, en caso de cambio de mi situación financiera , entiendo que debo notificar a mi gerente de caso tan pronto como sea posible. Al firmar este formulario, yo afirmo que la información anterior es una declaración exacta de los ingresos o la asistencia prestada y entiendo que si yo deliberadamente omitir o dar información falsa que pueda no ser elegibles para ciertos servicios o la prestación de servicios podría retrasarse .

Firma de cliente

Fecha

Firma de Gerente de caso

Fecha

Cliente URN: _____