



Charleston Memorial Hospital  
Universitv Medical Associates

### MUSC/CMH/UMA Afirmación de Pensión Alimenticia y Económica

#### Afirmación de Pensión Alimenticia

Yo, \_\_\_\_\_, testifico que recibo pensión Alimenticia en la  
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

cantidad de \$ \_\_\_\_\_ Mensual  
\_\_\_\_\_ Semanal  
\_\_\_\_\_ Cada 2 semanas  
\_\_\_\_\_ 2 veces por mes

Yo, \_\_\_\_\_, testifico que **NO** recibo pensión Alimenticia.  
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante y Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de teléfono

#### Afirmación de ayuda Económica

Yo, \_\_\_\_\_, testifico que recibo ayuda económica para los  
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

niños en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ Mensual  
\_\_\_\_\_ Semanal  
\_\_\_\_\_ Cada 2 semanas  
\_\_\_\_\_ 2 veces por mes

Yo, \_\_\_\_\_, testifico que **NO** recibo ayuda económica  
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)  
para los niños.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELÉFONO