

MUSC/CMH/UMA
Afirmación de Asistencia de Apoyo/Proveedor

Este formulario debe de completarse si usted tiene bajos ingresos, es desempleado o tiene una demanda pendiente por discapacidad por la persona(s)/organización que apoyan al solicitante.

Yo, _____, proveo comida, alojamiento o otras necesidades básicas
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL PROVEEDOR)

para _____.
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

Yo testifico que yo reclamo al solicitante como un dependiente en mis impuestos.

Yo testifico que NO reclamo al solicitante en mis impuestos.

IMPRIMA EL NOMBRE DEL PROVEEDOR Y LA RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

DIRECCIÓN/NUMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR

FIRMA DEL PROVEEDOR Y FECHA