



Para ser usada cuando recibe  
Apoyo de Familiar o Amigo

## CARTA DE APOYO

Yo estoy brindando apoyo a: \_\_\_\_\_ de la siguiente manera.  
(Nombre del Paciente)

Marque SOLAMENTE uno:

- Vive conmigo en la dirección que indico abajo y recibe alojamiento y comida gratis
- Vive conmigo y comparte los gastos. Mi contribución a los gastos es:

Comida: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Alojamiento: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Servicios Públicos: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Efectivo: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Otro: (\*explique) \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

\*Explicación \_\_\_\_\_

- No vive conmigo, pero yo le contribuyo con efectivo y otros fondos en las cantidades a continuación:

Comida: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Alojamiento: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Servicios Públicos: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Efectivo: \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

Otro: (\*explique) \$ \_\_\_\_\_ semanales ó \$ \_\_\_\_\_ mensuales

\*Explicación \_\_\_\_\_

*Si no brinda dinero en efectivo u otros fondos, marque "\$0".*

---

Nombre Completo (Imprima)

---

Dirección Completa

---

Firma

---

Ciudad, Estado y Código Postal

---

Fecha