

Health Net  of Cabarrus County  
**Cabarrus HealthNet and MedAssist Application**

**Formulario de Cero Ingresos**

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo que no estoy trabajando y no tengo ingresos para apoyo. Soy capaz de recibir correo en la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Carta de apoyo financiero**

Yo estoy proveyendo apoyo a \_\_\_\_\_ de la siguiente manera:  
(Escribir nombre de paciente)

Marque solo uno de los tres cuadros a continuación:

- Vive conmigo en la siguiente dirección y recibe hospedaje y comida gratis.
- Vive conmigo y compartimos los gastos. Mis contribuciones de gastos está indicado abajo.
- No vive conmigo pero yo proveo soporte como está indicado abajo.

Yo proveo dinero y otros fondos en la cantidad indicada a continuación. Escriba uno aproximado de los montos en dólares para cada descripción y marque si esta cantidad lo proveen semanal o mensualmente. Si usted no provee dinero u otros medios por favor, escriba "0" (cero).

Comida: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Hospedaje: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Utilidades: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Dinero: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Otros: (explique abajo) \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y código postal

\_\_\_\_\_  
Fecha