

Community Free Clinic

528-A Lake Concord Road • Concord, North Carolina 28025 • 704-782-0650 • Fax 704-782-8638
www.communityfreeclinic.org

PRUEBA DE NO INGRESOS

Por favor complete este formulario de no ingresos sino está trabajando ni recibiendo un salario. Si está casado(a) y su esposo(a) y tampoco está trabajando o recibiendo ingresos, también deberá completar esta solicitud de no ingresos de manera individual.

Yo, _____ con Fecha de Nacimiento ____/____/_____,
Declaro y confirmo que no estoy trabajando ni recibiendo ningún salario actualmente.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma representante autorizado: _____

Fecha: _____

CARTA DE APOYO

Si usted recibe apoyo financiero de alguien, por favor llene esta sección con la información de la persona de quien usted recibe ayuda en su favor. Por ejemplo; si vive con un familiar o amigo y recibe ayuda monetaria para comida o vivienda.

Yo proveo apoyo a: _____ con Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
(escriba el nombre del aplicante al programa)

De la siguiente manera cómo se indica a continuación.

Marque solo una opción:

La persona recibe alojamiento y comida gratis conmigo en la dirección abajo descrita.

La persona no vive conmigo, pero le proveo ayuda de la siguiente manera como se indica abajo.

Comida

Vivienda

Pagos de servicios

dinero efectivo

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Fecha: _____

Executive Director
Laura Lyerly Milliken

Medical Director
James H. Cooke, Jr. MD

Deputy Executive Director
Penny Aronson

Pharmacy Manager
Julianne Emery, RPh