

Declaración de Manutención

Esta forma debe ser llenada por cualquier solicitante que no tiene ingresos o no puede proveer documentación mostrando cómo se mantiene. Este formulario debe llenarlo y firmarlo la persona que provee la manutención; **no lo debe llenar el solicitante**. Por favor traiga una copia de la identificación de la persona que está llenando este formulario.

Yo, _____, certifico que actualmente mantengo a
(Nombre de quien provee la manutención en letra de molde)

_____, quien vive en el siguiente domicilio:
(Nombre del solicitante en letra de molde)

Dirección del Simpatizante	Número de apto.
Ciudad/Estado/Código postal	

Lo he mantenido desde _____
(Fecha)

Mi relación con el solicitante es _____
(Ejemplos: Padre, Cónyuge, Compañero de cuarto, Amigo, Hermana, etc.)

El tipo de apoyo que brindo es (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ **Habitación** ☐ **Alimentos/Ropa** ☐ **Renta/Hipoteca** ☐ **Cuentas de Utilidades (agua, luz, gas etc.)**
☐ **Dinero en efectivo de \$** _____ **al mes** ☐ **Otro** _____

Explicación adicional (de ser necesaria)

Se pueden comunicar conmigo en el o los siguientes números para verificar dicha información

Número de teléfono	Número de teléfono
--------------------	--------------------

Con mi firma en este formulario, declaro que la información anterior es una declaración precisa de la asistencia provista al solicitante. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente puede causar el retiro de los servicios de THMP o que se me procese criminalmente o ambas cosas.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE MANUTENCIÓN	NOMBRE IMPRESO DEL PARTIDARIO	FECHA
------------------------------------	-------------------------------	-------

Tome nota: Si hay circunstancias especiales alrededor de su situación en casa que necesitarían una explicación o la verificación del trabajador social, el administrador del caso o la enfermera de salud pública, haga que le provean una declaración de apoyo detallada a nombre suyo y adjúntela a su solicitud al solicitar la asistencia.