Servicio de admisión Consejería Financiera
301 University Blvd
Galveston, TX 77555-0309
(409)772-6464, FAX (409) 747-4770

CARTA NOTARIADA DE RESIDENCIA O APOYO

☐ **RESIDENCIA**: El paciente, _____, reside en mi casa en mi dirección actual: _____

_____

(El amigo o familiar debe anexar prueba de residencia a su nombre)

☐ **APOYO**: Yo proveo para las necesidades básicas, tales como comida, servicios públicos y gastos personales para:

Paciente _____

_____ _____

Firma del familiar o amigo **Fecha**

_____

Escriba el nombre del familiar o amigo

Do not write in this box. Official Notary use only for relative or friends Signature.

State of Texas
County of _____

Subscribed and sworn to (or affirmed) before me this _____ day of

_____, 20_____.

_____

SEAL Notary Public

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Para prueba de residencia:
Una segunda prueba de residencia (a nombre del paciente) debe entregarse con esta carta. Esta otra se debe seleccionar de la lista de pruebas.

Para carta notarizada de apoyo
¿Ha solicitado asistencia del programa de salud para indigentes del condado local? Usted debe solicitar asistencia en su condado **antes** de ser considerado para asistencia económica en UTMB. Por favor presente una copia de la cobertura del condado o de la carta de negación.

_____ _____

NOMBRE (ESCRITO) DEL **PACIENTE** UH#

_____ _____

FIRMA DEL **PACIENTE** FECHA