



APOYO DE UN TERCERO Y DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN

CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN
 Certifico que la información que proporcioné para completar esta solicitud es verdadera. Además, entiendo que, de acuerdo con el estatuto 817.50 en cuanto a que proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes y servicios, incluyendo medicamentos farmacéuticos, es un delito menor de segundo grado.

MR# _____

APOYO FINANCIERO

Yo, _____, aporte \$ _____ el mes pasado al paciente mencionado abajo.

APOYO DE UN TERCERO/Prueba de vivienda.

Yo, _____ (persona que apoya), brindo alojamiento y otros apoyos al paciente mencionado abajo. Esta persona no me paga renta. Estoy proporcionando comprobante actual de mi domicilio. El paciente lleva con el / ella un recibo de servicio actual que demuestra mi dirección actual.

APOYO DE UN TERCERO/PAGOS REALIZADOS que hace otra persona a sus cuentas financieras.

Yo, _____ (parte responsable), certifico que yo soy la persona responsable de realizar los pagos en conexión a los siguientes gastos que están al nombre del paciente referido. Por favor envíe con paciente comprobantes de pagos hacia estas cuentas.

Nombre del Gasto/cuenta: _____ Valor: _____

Nombre del Gasto/cuenta: _____ Valor: _____

Nombre del Gasto/cuenta: _____ Valor: _____

Tipo o Número de Crédito de Referencia: _____ Valor: _____

Firma del Paciente/Representante

Nombre Impreso del Paciente/Representante

Fecha

* _____
Firma del Tercero que Proporciona Apoyo

Nombre Impreso del Tercero que Proporciona Apoyo

Fecha

Firma del Representante de JHS

Nombre impreso del Representante de JHS

Fecha de Recepción del Formulario

***Se requiere sello notarial y firma si la tercera persona NO se encuentra presente al momento de realizar la Evaluación Financiera.**