

Carta de apoyo

Número de expediente médico/número de cuenta del paciente _____

Nombre de la persona que ayuda económicamente al paciente _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección del responsable _____

Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital:

En la presente, informo que (nombre del paciente) _____ no tiene ingresos o tiene ingresos insuficientes, razón por la cual colaboro con sus gastos de subsistencia. Esta persona no tiene ninguna obligación hacia mí.

Al firmar esta declaración, afirmo que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que ayuda económicamente al paciente _____

Fecha _____