

## DECLARACIÓN DE APOYO

Use este formulario si el aplicante no tiene ingresos o no puede proporcionar documentación mostrando cómo se mantiene. La persona que proporciona el apoyo debe de llenar y firmar este formulario, **no lo debe** llenar el aplicante.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que  
(Nombre de la persona que da apoyo en letra de molde)

actualmente apoyo a \_\_\_\_\_, quien vive en el  
(nombre del aplicante en letra de molde)

siguiente domicilio: \_\_\_\_\_.  
(calle y numero, ciudad, estado y código postal del aplicante)

Lo/la he apoyado desde \_\_\_\_\_. Mi relación con el  
(fecha)

aplicante es \_\_\_\_\_.  
(ejemplos: madre, padre, esposo(a), compañero de habitación, amigo(a), hermano(a) etc.)

### El tipo de apoyo que doy es (marque todo lo que corresponda):

☐ Habitación/vivienda ☐ Alimentos/ropa ☐ Renta/hipoteca

☐ Apoyo con facturas de servicios públicos (agua, luz, gas, etc.)

☐ Dinero en efectivo de \$ \_\_\_\_\_ al mes ☐ Otro:

Explicación adicional (si es necesaria):

Se pueden comunicar conmigo para verificar esta información al: \_\_\_\_\_.  
(número de teléfono)

**Al firmar este formulario, afirmo que la información anterior es una declaración precisa de la asistencia que le proporcione al aplicante. Entiendo que, si omito deliberadamente o doy información falsa, el aplicante puede ser eliminado del programa y/o procesado penalmente.**

**X**

**Firma de la persona que da el apoyo**

**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 con su aplicación al solicitar la asistencia.