



## 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.**