

Distrito Hospitalario del Condado de Harris Apoyo de Sostenimiento

Si lo/la mantiene otra persona que no es su cónyuge, la persona que la/lo mantiene debe completar la siguiente información:

Yo, _____ (nombre de la persona que/lo mantiene) reconozco que he mantenido a _____ (nombre de cliente) por el siguiente periodo de tiempo:

_____.

Yo, le proporciono **no le proporciono** casa y comida. Mi relación con esta persona es de _____. Entiendo que no soy responsable por sus cuentas de gastos médicos a menos que tenga una responsabilidad legal por la cual mantener la/lo. El origen de mis ingresos es _____.

Firma: _____

Fecha: _____