



PROGRAMA PARA INDIGENTES DE
NACOGDOCHES COUNTY HOSPITAL DISTRICT

CARTA DE VERIFICACIÓN DE RESPALDO

Esta forma debe ser completada por alguien que este ayudando a mantener al solicitante aquí mencionado.
Por favor complete toda la información pedida abajo, incluyendo el nombre y dirección del solicitante.

Nombre del Solicitante: _____

Dirección del Solicitante: _____

1. Usted es familiar del solicitante, y si es, ¿cuál es su relación? _____
2. ¿Vive con Usted esta persona? _____Sí _____No ¿Por Cuánto Tiempo? _____
3. ¿El /ella paga renta? _____Sí _____No ¿Cuánto Paga? _____
¿Utilidades? _____Sí _____No ¿Cuánto Paga? _____
¿Teléfono? _____Sí _____No ¿Cuánto paga? _____
4. Si usted ha pagado recibos a favor de este solicitante, indique que clase de recibo era, a quien se le pago y en
qué fecha: _____
5. ¿Usted le ha ____prestado o ____dado (MARQUE UNO) dinero al cliente? _____Sí _____No
¿Cuánto? _____¿Cuándo? _____¿Por qué? _____
6. ¿El solicitante compra y prepara alimentos aparte de usted? _____Sí _____No
7. ¿El solicitante está trabajando? _____Sí _____No ¿Donde? _____
8. ¿Usted ha ayudado al solicitante en alguna otra forma? Por favor indíquelo aquí, como:

Nombre en Letra de Molde _____ Firma _____ Fecha _____
Dirección _____ (_____) Número de teléfono _____

THIS FORM MUST BE NOTARIZED

State of Texas
County of Nacogdoches County

Before me, a notary public, on this day personally appeared _____.
Known to me to be the person whose name is subscribed to the foregoing instrument(s), and acknowledged to me that
he/she executed the same for the purposes and consideration therein expressed.

Given under my hand and seal of office this _____ day of _____, 20_____.

Notary Public _____ My Commission Expires _____