



2800 West 95th Street
Evergreen Park, Illinois 60805
708.422.6200
www.lcmh.org

COMPROBANTE DE RESIDENCIA PARA AYUDA FINANCIERA

FECHA _____

Yo, _____ declaro bajo
juramento que _____ reside en mi
casa/departamento sin cargo y provee actualmente su alimento y sus necesidades cotidianas.

He estado cuidando de él/ella desde _____ hasta la fecha.

Nombre del Paciente _____

Número de Visita del Paciente _____

**Si usted vive con una persona y no paga renta, llene por favor este formulario y adjúntelo a la*

Solicitud de Cuidados Caritativos.

NOTARIZACIÓN

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA) _____ FECHA _____

FIRMA _____ FECHA _____

TESTIGO _____ FECHA _____

REPRESENTANTE DEL HOSPITAL _____ FECHA _____