



LITTLE COMPANY OF MARY
HOSPITAL AND HEALTH CARE CENTERS

The Technology to Heal, the Mission to Care

2800 West 95th Street, Evergreen Park, IL 60805

7 0 8 - 4 2 2 - 6 2 0 0

www.LCMH.org

**COMPROBANTE DE RESIDENCIA PARA AYUDA
FINANCIERA**

FECHA _____

Yo, _____ declare bajo juramento que _____ reside en mi case/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