

Sliding Fee Discount Program

Programa de Descuento de Tarifas deslizantes

STATEMENT OF SUPPORT

DECLARACIÓN DE APOYO

Instructions: This form is to be completed by the individual or organization providing support to the applicant and/or applicant's dependent(s).

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por la persona u organización que brinde apoyo al solicitante y/o dependiente(s) del solicitante.

Financial Supporter		Partidario(a) Financiera	
I _____ (Full Name) provide support to the following individual(s) in order to help with essential living needs and expenses. I understand Coastal Health & Wellness staff will contact me at () _____. My mailing address is _____ (City) _____ (State) _____ (ZIP) _____.	Yo _____ (Nombre Completo) apoyo a la (s) siguiente (s) persona (s) con su(s) necesidades y gastos esenciales de vida. Yo verifico la información que he proporcionado, el personal de Coastal Health & Wellness se comunicará conmigo al () _____. Mi dirección de correo es _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Codigo Postal) _____.		
Individual(s) Supported / Individuo(a) Apoyados			
Name /Nombre 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		Date of Birth /Fecha de Nacimiento _____ _____ _____ _____	
		Applicant /Solicitante	
Does the above individual(s) live with you at your residence or at your organization? ☐ YES/Si ☐ NO ¿Vive con usted la(s) persona(s) anterior(es) en su residencia o en su organización?			
Identify the Type of Support (provided to applicant) / Identificar el tipo de apoyo (proporcionando al solicitante)			
☐ Food Comida	☐ Toiletries Artículos de aseo	☐ Transportation Transporte	☐ \$ Amount/Cash _____ Cantidad en \$/efectivo
☐ Housing Vivienda	☐ Cell phone Telefono Movil	☐ Utilities (Electric/Gas/Water) Utilidades(electricidad/gas/agua)	☐ Other _____ Otro
DISCLOSURE: The information provided in this form is ONLY USED to determine the applicant's eligibility of discounted health services at Coastal Health & Wellness. As a Financial Supporter, you WILL NOT be personally responsible for any of the healthcare expenses. However, any intentional misleading or falsified information, and/or omissions may subject you to penalties under the laws of the State of Texas which may include fines and/or imprisonment. I understand this disclosure and certify the information above is TRUE, ACCURATE and COMPLETE to the best of my knowledge. Financial Supporter/Organization (signature) _____ Date _____		DIVULGACIÓN: La información provista en este formulario SÓLO SE UTILIZA para determinar la elegibilidad del solicitante de servicios de salud con descuento en Coastal Health & Wellness. Como Partidario financiero, NO SERÁ personalmente responsable de ninguno de los gastos de atención médica. Sin embargo, cualquier información engañosa o falsa intencional, y / o omisiones pueden estar sujetos a sanciones bajo las leyes del Estado de Texas, que pueden incluir multas y / o prisión. Entiendo esta divulgación y certifico que la información anterior es VERDADERA, EXACTA y COMPLETA a mi leal saber. Partidario(a) Financiera/organización (Firma) _____ Fecha _____	