



001LOS



PATIENT FINANCIAL SERVICES  
P.O. BOX 800750  
CHARLOTTESVILLE, VA 22908-0750  
FAX: (434) 924-9322  
1-866-320-9659

### CARTA DE LA AYUDA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA #: \_\_\_\_\_

---

En este momento yo le proveo alimento y vivienda al paciente nombrado arriba. Que yo sepa, esta persona no tiene ningún otro recurso económico o ingreso salarial.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE LA AYUDA: \_\_\_\_\_

CONOCIDO IMPRESA DEL ABASTECEDOR  
DE LA AYUDA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LA FIRMA ESTA FORMA NO LE HACE RESPONSABLE DE NINGUNA CUENTAS \*\*\***