



Mother of Mercy Free Medical Clinic

Phone: 703-335-2779

Fax: 703-420-8993

www.cdda.net

9380 Forestwood Lane Unit B
Manassas, VA 20110

13900 Church Hill Drive
Woodbridge, VA 22191

Declaración de Apoyo

Yo _____, _____ de
(Nombre de la Persona Proporcionando el Apoyo) (Relación al Paciente)

_____ verifico que proporciono apoyo en efectivo
(Nombre del Paciente)

y/o proveo ayuda para satisfacer las necesidades básicas de la vida.

Le proveo con comida, refugio, y ropa cada Semanal Mensual Trimestral Anual

Le doy \$_____ en efectivo cada Semanal Mensual Trimestral Anual

Mi número de teléfono es _____ y mi dirección es _____.

Tengo entendido que Mother of Mercy Free Medical Clinic puede contactarse conmigo para verificar esta información. Además, entiendo que proporcionar información falsa o información cual se determine falsa posteriormente resultara en la terminación de servicios en la clínica.

Firma de la Persona que Proporciona el Apoyo

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Notary Acknowledgement

Commonwealth of Virginia

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this ____ day of _____, 20____,
by _____ (name of person providing support).

(Signature of Notary Public)

Notary Seal

My comisión expires: _____

