

Richmond County



Pharmacy Assistance
Program

Llévelo a su cita:
Richmond County
Pharmacy Assistance Program
127 Caroline Street
Rockingham, NC 28379
(910)417-4909

Declaración de cero ingresos

Complete la siguiente declaración de cero ingresos si no está trabajando actualmente y no tiene ningún ingreso ni ayuda. Si está casado y su cónyuge no trabaja ni recibe ingresos, pídale que también complete la declaración de cero ingresos.

Yo, _____ Fecha de Nacimiento: _____, certifico que actualmente no estoy trabajando y no tengo ingresos. Recibo el correo postal en la siguiente dirección _____, la cual he incluido en la solicitud.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Carta de apoyo financiero

Si recibe apoyo financiero de alguien, pídale que complete la carta de apoyo financiero en su nombre (por ejemplo, si vive con un amigo o familiar o si recibe dinero para alimentos, vivienda, servicios públicos).

Yo le doy apoyo financiero a _____ Fecha de nacimiento: _____ de la siguiente manera:
(Nombre del paciente en letra de imprenta)

Marque solo una de las casillas:

- ☐ Vive conmigo en la siguiente dirección y recibe hospedaje y comida gratis.
- ☐ No vive conmigo, pero yo le doy apoyo financiero como está indicado a continuación.
- ☐ Comida ☐ Vivienda ☐ Servicios públicos ☐ Efectivo

Firma

Relación con el paciente

Nombre en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

Fecha

Ciudad, estado y código postal en letra de imprenta