BERGEN REGIONAL

MEDICAL CENTER

STATEMENT OF SUPPORT/ASSISTANCE
CERTIFICACIÓN DE MANUTENCION

Patient Name / Nombre del paciente: _____

Account Number / Número de cuenta: _____

Date of Service / Fecha del servicio: _____

This is to certify that I am/was providing the following type of support and assistance to / El presente es para certificar que proporciono/proporcioné el siguiente tipo de apoyo y asistencia a

_____
(Patient Name / Nombre del paciente)

	Yes / Sí	No / No	
Food / Alimentos:	____	____	
Shelter / Albergue:	____	____	
Cash / Efectivo:	____	____	**Amount per month / Monto mensual: $** _____

From / Desde: _____ **To / Hasta:** _____
(Month/Year) (Month/Year)

At this address / En esta dirección: _____
(Street Address / Dirección)

_____
(City, State, Zip Code / Ciudad, estado, código postal)

I am not responsible, nor able to pay for any hospital or medical expenses for him/her. / No soy responsable, ni puedo pagar ningún gasto hospitalario o médico por esta persona.

_____ _____
Date / Fecha **Signature / Firma**

_____
Print Name / Nombre en letra de molde

Relationship to Patient / Relación con el paciente: _____

Telephone Number (including area code) /
Número de teléfono (incluyendo código de área): _____

Address (if different from above) / Dirección (si es distinta a la anterior): _____

_____