



Utrzymanie i wyżywienie. Pomoc finansowa

**UWAGA: DOKUMENT TEN MUSI BYĆ POŚWIADCZONY NOTARIALNIE**

Ośrodki Zdrowia Cook County Health pomagają całej społeczności i pacjentom zapewniając w razie potrzeby dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. **Opiekujemy się wszystkimi pacjentami bez względu na pochodzenie etniczne czy status imigracyjny.** Aby zapewnić pomoc, proszę wypełnić poniższy dokument i poświadczyć go notarialnie.

Data: \_\_\_\_\_

Informuję, że jestem \_\_\_\_\_ Pana/Pani \_\_\_\_\_.

Pan/Pani otrzymuje pomoc ode mnie od: \_\_\_\_\_.(podać datę) Ja  
zapewniam \_\_\_\_\_.

Mimo, że zapewniam powyższe usługi/rzeczy nie jestem ani nigdy nie byłem/am w stanie pomóc finansowo w wydatkach na leczenie. Również nie ponoszę odpowiedzialności za te wydatki.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby utrzymującej/pomagającej finansowo

\_\_\_\_\_  
Adres: ulica

\_\_\_\_\_  
Miasto, stan, kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć notariusza

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu