



Alojamiento y Alimentación / Declaración de Asistencia Financiera

El Cook County Health esta aquí para apoyar a nuestra comunidad y pacientes brindando Seguro médico suplementario cuando sea necesario. **Cuidamos de todos los pacientes, independientemente de su raza o estatus migratorio.** Para poder ayudarle, necesitamos que nos de la siguiente información.

Fecha: _____

La presente es para informarle que yo soy el/la _____ de _____.

El/ella ha estado recibiendo ayuda de mi parte desde _____. Le brindo _____.

A pesar de que yo le brindo lo arriba especificado, no puedo ni he podido ayudarle económicamente con sus gastos médicos. No asumo ninguna responsabilidad por estos gastos.

Nombre del paciente
alimentación/ ayuda financiera

Firma de la persona que brinda alojamiento &

Número y nombre de la calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono