



PO Box 2398
Huntersville, NC 28070
Phone: 704.316.6611
Fax: 704.316.6612

DOCUMENTATION OF SUPPORT

I AM PROVIDING SUPPORT FOR _____ IN THE FOLLOWING MANNER:
(Print patient's name)

Check only one of the three statements below:

Lives with me and receives free room and board

****Please provide a verification of address****

Lives with me and shares expenses. My contribution to expenses is:

\$ _____

Does not live with me, but I provide support as indicated below:

Food \$ _____

Housing \$ _____

Utilities \$ _____

Other \$ _____

Estimated total amount per month provided to patient: \$ _____

The Provider **must** sign this statement. ****Please also attach a copy of the provider's Photo ID****

Provider's Printed Name: _____

Provider's Signature: _____

Phone: _____ Date: _____

Forms can be filled out and signed digitally, or printed and filled out by hand.

To submit: You can email forms and other documentation to info@cookcommunityclinic.org, or mail or deliver to 14230 Hunters Road, Huntersville, NC 28078.

DOCUMENTACION DE APOYO FINANCIERO

Yo estoy proveyendo apoyo a _____ de la siguiente manera:
(Nombre del paciente)

Marque una sola contestación:

Reside conmigo y recibe hospedaje y comidas gratis

Proveer verificación de dirección

Reside conmigo y compartimos los gastos. Mi contribución es la siguiente:

\$ _____

No reside conmigo, pero yo le proveo apoyo financiero de la siguiente forma:

Comida \$ _____

Hospedaje \$ _____

Servicios \$ _____

Otros \$ _____

Total \$ _____

El proveedor debe firmar este documento. ***Por favor proveer una copia de su ID***

Nombre: _____

Firma: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Los formularios pueden completarse y firmarse digitalmente, o imprimirse y llenarse a mano.

Para enviar: Puede enviar los formularios y otros documentos por correo electrónico a info@cookcommunityclinic.org, o enviarlos por correo o entregarlos en 14230 Hunters Road, Huntersville, NC 28078.