

Buen Samaritano Farmacia y Servicios de Salud, Inc.

CARTA DE APOYO

=====

A quien le interese:

Estoy brindando apoyo a: \_\_\_\_\_ (Cliente de Farmacia del Buen Samaritano)

Por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por mes (Monto total de alojamiento, comida y otros).

\$ \_\_\_\_\_ Refugio                      \$ \_\_\_\_\_ Comida

\$ \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ (describir)

\_\_\_ Verifique si el solicitante reside en la misma dirección que la persona que brinda el apoyo.

Información de la persona que brinda apoyo:

Nombre: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ESTADO DE FLORIDA \_\_\_\_\_ CONDADO DE \_\_\_\_\_

El presente instrumento fue reconocido ante mí, mediante:

       presencia física o        notarización en línea, este        día de        (mes),  
       (año), por        (nombre de la persona que reconoce).

\_\_\_ Conocido personalmente por mí      \_\_\_ Identificación producida

Tipo de identificación producida: \_\_\_\_\_ # de identificación producida: \_\_\_\_\_

Notario público: \_\_\_\_\_ Mi comisión expira: \_\_\_\_\_