Buen Samaritano Farmacia y Servicios de Salud, Inc.

**CARTA DE INGRESOS CERO**

==================================================== =============================

*Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*A quien le interese:*

*Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente afirmo que actualmente estoy desempleado y no recibo ingresos de compensación por desempleo, asistencia estatal o pública o de cualquier otra fuente.*

*No he trabajado desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y no tengo ninguna cobertura de medicamentos recetados y no puedo pagar mis medicamentos.*

*Estoy solicitando asistencia de su programa.*

*Atentamente,*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_( Firma)*

*Apellido :\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dirección :\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apto. #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ciudad :\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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 Vence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_