



## CARTA DE APOYO

FAUQUIER FREE CLINIC  
35 Rock Pointe Lane, Warrenton, VA  
P.O. Box 3138, Warrenton, VA 20188  
[edocs@fauquierfreeclinic.org](mailto:edocs@fauquierfreeclinic.org)

### PACIENTE (Por favor imprima)

Nombre	Apellido
Numero de Celular	Numero de Casa

### Necesito proporcionar una carta de apoyo porque: (marque solo una explicación)

- No estoy trabajando
- Trabajo pero gano menos de \$500 al mes
- Recientemente perdi mi trabajo
- Me mude recientemente al area y no tengo trabajo

### Mi Patrocinador me ayuda con las siguientes cosas: (marque todo lo que corresponda)

Comida       Alquiler / Vivienda       Servicios Públicos       Dinero Efectivo

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Se pueden realizar consultas si es necesario para verificar las declaraciones aquí contenidas. Entiendo que la información falsa o omitida puede ser causa de la negación de servicios de Fauquier Free Clinic.

Firma del PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Patrocinador

Nombre Completo	Telefono
Direccion, Ciudad, y Codigo Postal	

Firma de PATROCINADOR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_