



**Declaración de caridad requerido para los
solicitantes que no tienen salario**

IN KIND STATEMENT

(Required for applicants with no income)

Día _____
Date

A quien corresponda:
To whom it may concern:

Esto es para verificar que yo
This Is To Verify That I

(Persona proveyendo la asistencia)
(Person Providing Assistance)

he estado proveyendo a
have Been Providing

(Nombre del solicitante)
(APPLICANT'S NAME)

con hospedaje y comida de gratis desde
with free room and board since

y pienso continuar haciéndolo.
and will continue to do so.

**Por mi conocimiento el solicitante no tiene seguro médico, ningún salario y no está
empleado.**

*To my knowledge the applicant has **no** insurance, **no** income of any means, and is **not** employed..*

Esta forma debe ser llenada por la persona que esta proveyendo la asistencia
"Must be filled out by person "providing assistance"

Nombre de la persona proveyendo la asistencia _____
Name of person providing assistance

Relación con el/la solicitante _____
Relationship to applicant

Dirección de la persona proveyendo la asistencia _____
Address of person providing assistance

Teléfono # _____
Telephone # of person providing assistance

Firma de la persona proveyendo la asistencia _____
Signature of person providing assistance

El solicitante necesita devolver esto con la aplicación de la guía de paga.
Applicant must return this with the sliding fee application.