



**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.*