



**Declaración de Caridad requerido para los solicitantes que no tienen salario**  
In-Kind Statement Verification of Support

Entiendo que \_\_\_\_\_ (Nombre del Cliente) está recibiendo servicios del programa de GBMS. Como el solicitante no tiene ingresos, le proporciono al solicitante:

*I understand that \_\_\_\_\_ (Client Name) is receiving services from GBMS Program. Because the applicant has no income, I am providing the applicant with:*

- \_\_\_\_\_ Comida (Food)
- \_\_\_\_\_ Abrigo (Shelter)
- \_\_\_\_\_ Apoyo Financiero (Financial Support)

\_\_\_\_\_  
Mi relación con el solicitante, por ejemplo: amigo, primo, etc.  
*(My Relationship to applicant- for example: friend, cousin, etc)*

\_\_\_\_\_  
Cantidad aproximada de apoyo financiero por mes  
*(Approximate amount of financial support per month)*

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la persona que brinda apoyo  
*(Printed name of person providing support)*

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que brinda el apoyo  
*(Signature of person providing support)*

Dirección de la Persona proveyendo la asistencia:

\_\_\_\_\_  
*Address of Person providing support*

Número de Teléfono de la Persona proveyendo la asistencia:

\_\_\_\_\_  
*Telephone number of Person providing support*



\*\*\*\*\* **Este formulario debe ser notariado** \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*This form must be notarized\*\*\*\*\*

Yo, el Notario Público abajo firmante, certifico que esto fue firmado en frente de mí en la  
*I, the undersigned Notary Public, certify that this was signed before me in the*

Ciudad / Condado de: \_\_\_\_\_ en este día \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_\_.  
*City/County of on this \_\_\_\_\_ day of 20\_\_\_\_\_.*

\_\_\_\_\_  
Notario Público  
*Notary Public*

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_  
*My commission expires*

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo  
*Witness Signature*