

Administration and Finance  
352-518-2000  
Admin. Fax: 352-567-5193  
Finance Fax: 352-567-1974

For all locations:  
Phone: 352-518-2000

A Family Community Health Center



## Premier Community HealthCare Group, Inc.

### DECLARACIÓN JURADA DE SOPORTE

Yo, \_\_\_\_\_ que residio en \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_, por la presente

juro que yo soy el único soporte de las siguientes personas desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_:

Nombre :	Fecha de Nacimiento:

Yo proveo a las personas arriba mencionadas con el siguiente soporte: (escriba el costo de todos las que apliquen)

\$ \_\_\_\_\_ Costo de Alimentos    \$ \_\_\_\_\_ Costo de Vivienda    \$ \_\_\_\_\_ Costo deTransportación

\$ \_\_\_\_\_ Otros Costos \_\_\_\_\_

Yo certifico que esta declaración jurada es precisa, cierta y válida por 6 meses. Prueba de ingreso familiar debe presentarse en cada visita subsiguiente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Sworn to this \_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_ who is known to me personally or who has provided \_\_\_\_\_ identification.

Stamp:

Notary \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Commission Expires \_\_\_\_\_