



Olde Towne
MEDICAL & DENTAL CENTER

5249 Olde Towne Rd, Suite D, Williamsburg, VA 23188

P (757) 259-3258 | F (757) 220-1953

Carta de Apoyo Financiero

Estamos intentando determinar si usted proporciona dinero a alguna de las siguientes personas:

1. ¿Proporciona dinero a alguna de las personas mencionadas arriba? Sí [] No []
2. Si les da dinero, ¿cuál es el monto mensual? \$ _____
3. ¿Entregas la misma cantidad cada mes? Sí [] No []
4. ¿Cubres alguno de los siguientes gastos para esta persona(s)?

Vivienda \$ _____ por mes

Servicios \$ _____ por mes

Médicos \$ _____ por mes

Otros \$ _____ por mes

Al completar este formulario, no se le considerará responsable de ninguna deuda contraída por la persona mencionada anteriormente. La información proporcionada permitirá al paciente recibir un descuento en los servicios. No dude en contactarnos si tiene alguna pregunta o inquietud.

Fecha: _____

Firma de la persona que completa este formulario _____

Relación con la persona a la que está asistiendo _____

Número de teléfono de la persona que completa el formulario _____

Dirección de la persona que completa este formulario _____
