

West Houston Clinic

19333 Clay Road
Katy, TX 77449
(713) 462-6555

Pitner Clinic

8575 Pitner Road
Houston, TX 77080
(713) 462-6565

Katy Clinic

5502 1st Street
Katy, TX 77493
(713) 231-5757



Hillendahl Clinic

1615 Hillendahl Blvd., Suite 100
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

WholeLife Clinic

1839 Jacquelyn Road
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

Cy-Fair Clinic

7777 Westgreen Blvd
Cypress, TX 77433
(713) 387-7180

Declaración de Benefactor

Yo, _____, certifico que actualmente apoyo _____.
(Nombre del Benefactor) *(Nombre del Cliente/Paciente)*

Yo he apoyado a dicho individuo desde _____ / _____ / _____. Mi relación con el solicitante es: _____.
(Mes) *(Día)* *(Año)*

Es de mi conocimiento, que el cliente/paciente no tiene ingreso (\$0.00) más allá de mi apoyo. El tipo de apoyo que proveo es (seleccione una de las opciones):

- Sólo Habitación
- Habitación y Alimentos
- Otros: _____

Puedo ser localizado/a en el siguiente teléfono para verificar esta información: (_____) _____ - _____.

Mi dirección es la siguiente: _____
(Número) *(Calle)* *(Número de Apt)*

(Ciudad) *(Estado)* *(Código Postal)*

Al firmar este forma, yo afirmo que la información proporcionada en ésta declaración es verdadera y exacta para la ayuda proporcionada al aplicante (cliente/paciente). Entiendo que el omitir o dar información falsa puede provocar que el aplicante (cliente/paciente) sea retirado del programa y/o procesado penalmente.

Firma del Benefactor

Fecha