

## STATEMENT OF SUPPORT

This is an Official Government Record. False or incomplete information given on this form may result in criminal action being taken under Sections 31.04, 37.04, 37.10, or other portions of the Texas Penal Code.

If someone other than your spouse supports you, he/she must fill out this form:

I, \_\_\_\_\_ (name of supporter)  
have supported \_\_\_\_\_ (client's name)  
for this long (**Example: 4 months**): \_\_\_\_\_.

I do  I do not give him/her room and board.

I do give him/her \$ \_\_\_\_\_  Weekly  Every two weeks  
 Twice monthly  Monthly

My relationship to him/her is \_\_\_\_\_. I understand that I am not responsible for his/her medical bills unless I have a legal responsibility to support him/her. I receive income from \_\_\_\_\_.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE AYUDA FINANCIERA

El presente es un documento oficial del gobierno. La información incompleta o falsa en este formulario podrá originar una acción penal, de acuerdo con los Artículos 31.04, 37.04, 37.10, u otras secciones del Código Penal de Texas.

Si recibe ayuda de otra persona que no sea su cónyuge, esa persona deberá completar este formulario:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de quién brinda ayuda financiera)

he ayudado a \_\_\_\_\_ (nombre del cliente)

durante (**Ejemplo: 4 meses**): \_\_\_\_\_.

Yo le otorgo     Yo no le otorgo alojamiento y comida.

Yo le otorgo \$ \_\_\_\_\_     Semanal     Cada dos semanas

Bi-mensual     Mensual.

Mi relación con él/ella es \_\_\_\_\_. Comprendo que no soy responsable del pago de sus cuentas médicas salvo que tenga la responsabilidad legal de mantenerlo/a. Recibo ingresos de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_