

# 支持信

患者病历号/账号 \_\_\_\_\_

支持者姓名 \_\_\_\_\_

与患者/申请人的关系 \_\_\_\_\_

支持者地址 \_\_\_\_\_

致 Central Texas Rehabilitation Hospital:

本函旨在告知（患者姓名）\_\_\_\_\_几乎没有收入，  
是我在帮助他/她维持生活开支。他/她对我基本上没有义务。

在此声明上签名即表示我同意提供的信息就我所知真实无误。

支持者签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_