

支援信

患者病歷號/帳號 _____

支援者姓名 _____

與患者/申請人的關係 _____

支援者地址 _____

致 Central Texas Rehabilitation Hospital :

這封信是為了告知您 (患者姓名) _____ 收入很少甚至沒有，我正協助他/她的生活費用。他/她對我有很少或沒有義務。

透過簽署本聲明，我同意，所提供的資訊為據我所知的真實資訊。

支援者簽名 _____

日期 _____