



**MONTGOMERY COUNTY
HOSPITAL DISTRICT**

Health Care Assistance Program
1400 South Loop 336 West
Conroe, Texas 77304
Phone: 936-523-5100
Fax: 936-539-3450

Statement of Support

HCAP #: _____

This form is to be completed by any person or persons providing you with any assistance

I, _____, provide assistance to _____

Have you given cash to the above-named person within the past 95 days? ☐ Yes ☐ No

- If yes, please write the dates and amounts, however small, in the spaces below.

Date	Amount

Have you paid any bills directly for the above-named person? ☐ Yes ☐ No

- If yes, provide name of vendor or type of bill: _____

Are you currently providing room and board for the above-named person? ☐ Yes ☐ No

Since when? _____ (provide date)

Did you give the above-named person a loan? ☐ Yes ☐ No If yes, provide the following:

Amount	Date	Amount	Date

- When is the loan to be repaid? _____

I understand that providing any false information can result in legal consequences. I certify that the above information is correct to the best of my knowledge.

Print Name (person providing the assistance)

Address **City** **State** **Zip Code**

Phone Number

Relationship to Applicant

Signature

Date



**MONTGOMERY COUNTY
HOSPITAL DISTRICT**

Health Care Assistance Program
1400 South Loop 336 West
Conroe, Texas 77304
Phone: 936-523-5100
Fax: 936-539-3450

Declaración de Apoyo

HCAP #: _____

Este formulario debe ser completado por cualquier persona, o personas, que le ofrezca(n) cualquier asistencia

Yo, _____, ofrezco asistencia a _____

¿Ha entregado dinero en efectivo a la persona nombrada arriba en los últimos 95 días? ☐ Sí ☐ No

- De ser así, por favor escriba las fechas y cantidades, sin importar qué tan pequeñas, en los espacios de abajo.

Fecha	Cantidad

¿Ha pagado facturas directamente en nombre de la persona nombrada arriba? ☐ Sí ☐ No

- De ser así, proporcione el nombre del vendedor o tipo de factura: _____

¿Está usted actualmente ofreciendo alojamiento y comida a la persona nombrada arriba? ☐ Sí ☐ No

¿Desde cuándo? _____ (indicar fecha)

¿Dio usted un préstamo a la persona nombrada arriba? ☐ Sí ☐ No De ser así, ofrezca la siguiente información:

Cantidad	Fecha	Cantidad	Fecha

- ¿Cuándo será el préstamo pagado de vuelta? _____

Estoy consciente que proveer cualquier información falsa puede resultar en consecuencias legales. Certifico que la información de arriba es correcta al mejor de mi conocimiento.

Nombre Completo (persona ofreciendo la asistencia)

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono

Relación con Solicitante

Firma

Fecha