



COMMONWEALTH of VIRGINIA
Department of Health

Virginia Ryan White Programa Parte B

Carta de Verificación de No Ingresos

Entiendo que _____ está recibiendo asistencia con medicamentos
Nombre del solicitante

del Departamento de Salud de Virginia (VDH). Según mi mejor conocimiento, el solicitante no tiene ingresos y certifico que esto es cierto. Estoy proporcionando al solicitante con alimento y refugio o le estoy proporcionando al solicitante con apoyo financiero.

(Mi relación con el solicitante es por ejemplo: amigo, primo)

Estoy proporcionando (marque uno):

- Alimentos y refugio
 Apoyo financiero \$ _____ cantidad aproximada por mes

Firma de la persona que da el apoyo

Nombre en letra de molde de la persona que da el apoyo

Dirección

Número de teléfono

Fecha

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Llamadas de Elegibilidad y Medicamentos al **1-855-362-0658**. Por favor cargue este documento al sistema de Provide Enterprise.