

شهادت نامه هزینه مراقبت های وابستگان

اینجانب، _____، ساکن _____،
(نام با حروف خوانا) (آدرس)

برای مراقبت های وابستگان به _____ هزینه پرداخت می کنم.
(نام سازمان، موسسه، ارائه کننده منفرد)

من در حال حاضر برای کمک در پرداخت مخارج مراقبت های وابستگان از _____ کمک دریافت می کنم.
(برنامه سوپسید مراقبت های وابستگان)

مبلغ کل صورتحساب مخارج مراقبت های وابستگان خانوار اینجانب \$ _____ در ماه است.

من شخصاً ماهیانه \$ _____ برای مراقبت های وابستگان پرداخت می کنم.

اینجانب با آگاهی از مجازات شهادت دروغ بر اساس قوانین ایالت کالیفرنیا تایید می نمایم که اطلاعات ارائه شده در این شهادت نامه بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من صحیح، دقیق و کامل می باشند.

تاریخ	امضا

(لطفاً پیش از امضا بطور کامل تکمیل نمایید.)