

Servicio en Farmacia San Vicente de Paul (SVdP)

La farmacia St. Vincent de Paul ofrece medicamentos recetados sin costo para los residentes Del Norte de Texas que no tienen seguro médico y quién no puede permitirse comprarlos en una farmacia. Si necesitas medicación y (1) reside en el estado de Texas, (2) no tienen cobertura de seguro de salud de ningún tipo, y (3) tener un cierto nivel de ingresos **, Estamos aquí para ayudar.

Solicitando Servicio

Cada paciente de SVdP Pharmacy debe solicitar el servicio y demostrar que cumple con los criterios anteriores.

NOTE: Debemos recopilar una gran cantidad de información de nuestros pacientes antes de proporcionar medicamentos gratuitos. POR FAVOR, lea cuidadosamente cada página del formulario de admisión y complete cada formulario lo más completamente posible. Si tiene preguntas, llame a la farmacia, o venga y ¡podemos ayudarlo!

A continuación, encontrará una lista de los documentos que debe presentar para presentar la solicitud, junto con notas especiales sobre el formulario de solicitud.

1. Prescripción válida

Si tiene una copia en papel de una receta de un médico, llévela con usted a la farmacia. Si sus recetas están archivadas en otra farmacia, debe traer el nombre, la dirección y el número de teléfono de su farmacia con usted, y su receta se transferirá electrónicamente.

2. Prueba de residencia

Para probar que su residencia está en Texas, debe traer una identificación con foto. Si su identificación no tiene su dirección actual, traiga:

- Una factura de servicios públicos u otro correo oficial que muestre su nombre y dirección actual
- Si no puede verificar su lugar de residencia, complete la Carta de recomendación de refugios para personas sin hogar en la página 7.

3. Verificación de ingresos **

El personal de la farmacia lo ayudará a determinar si el ingreso total de su hogar lo califica para el servicio. El tipo de ingreso que recibe determina qué tipos de documentación debe presentar con su solicitud.

Si tiene ingresos de trabajo de un lugar de trabajo, traiga:

- La declaración de impuestos del año pasado y dos (2) cheques de pago o talones de pago más recientes.
- Si no puede proporcionar los recibos de pago recientes, traiga una carta de su empleador que indique la cantidad de horas que trabaja en cada período de pago y la cantidad que gana por hora.

Si no trabaja, pero recibe ingresos de otras fuentes, traiga:

- Cartas o declaraciones que muestren que usted recibe pagos de fuentes tales como el Seguro Social, Manutención de los hijos, Estampillas de comida, jubilación o discapacidad.
- El formulario de **Detalles de ingresos mensuales** en la página 7 muestra todos los tipos de ingresos reconocidos por SVdP Pharmacy y que deben estar documentados en su solicitud.

Si no tiene ingresos de un trabajo o de cualquier otra fuente, complete:

- **Formulario de gastos mensuales y reconocimiento de manutención** en la página 11 para cubrir sus gastos de vida.

Si no tiene ingresos o no está seguro de cómo verificar sus ingresos, llame a la farmacia al (469) 232-9902.

Lleve sus documentos y el formulario de solicitud de admisión completo a la farmacia SVdP. Si no puede presentar su solicitud en persona, llame a la farmacia para hacer otros arreglos.

Service at St. Vincent de Paul Pharmacy (SVdP)

St. Vincent de Paul Pharmacy provides prescription medication at no cost to residents of North Texas who do not have health insurance and who cannot afford to purchase them at a retail pharmacy. If you need medication and you (1) reside in the state of Texas, (2) do not have health insurance coverage of any kind, and (3) have a certain level of income**, we are here to help.

Applying for Service

Each patient of SVdP Pharmacy must apply for service and show that you meet the above criteria.

NOTE: We must gather a large amount of information from our patients before providing free medication. PLEASE read each page of the intake form carefully and complete each form as completely as possible. If you have questions, call the pharmacy, or come by and we can help you!

Below are a list of documents you must provide to apply, along with special notes about the application form.

1. Valid Prescription

If you have a paper copy of a prescription from a doctor, bring it with you to the pharmacy. If your prescription(s) are on file with another pharmacy, you must bring the name, address and phone number of your pharmacy with you, and we will have your prescription transferred electronically.

2. Proof of Residence

To prove your residence is in Texas, you must bring a **Photo ID**. **If your ID does not have your current address, bring:**

- A utility bill or other official mail showing your name and current address
- If you cannot verify your place of residence, complete the **Homeless Shelter Referral Letter** on page 7.

3. Income Verification**

Staff at the pharmacy will help you determine whether your total household income qualifies you for service. The type of income you receive determines which types of documentation you must submit with your application.

If you have employment income from a place of work, bring:

- Last year's tax return, and two (2) most recent pay checks or paystubs
- If you cannot provide recent pay stubs, bring a letter from your employer, detailing the number of hours you work each pay period and the amount you make per hour.

If you do not work, but receive income from other sources, bring:

- Letters or statements which show that you receive payments from sources such as Social Security, Child Support, Food stamps, retirement or disability.
- The **Monthly Income Detail** form on page [7] shows all the types of income recognized by SVdP Pharmacy, and which must be documented in your application.

If you have no income from a job or any other source, please complete:

- **Monthly Expenses and Acknowledgement of Support** form on page [11] to account for your living expenses.

If you have no income or you are unsure how to verify your income, please call the pharmacy at (469) 232-9902.

Please bring your documents and completed intake application form with you to SVdP pharmacy. IF you are unable to submit your application in person, please call the pharmacy to make other arrangements.

Información del Paciente

Cada paciente debe completar este formulario.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Teléfono _____ Número de Seguro Social _____ Género M F

Fecha de Nacimiento _____ Rango de edad: 0-17 18-29 30-49 50-64 65+

Raza/Etnicidad Afroamericano Asiático Hispano Nativo Americano Caucásico Otro _____

Idioma Principal _____ ¿Necesita interprete? Si No

Educación Completada Escuela primaria Escuela secundaria/GED Universidad - 2 años Universidad - 4 años

Empleo Tiempo Completo Medio Tiempo Temp Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante

¿Eres usted un Veterano? Si No ¿Tienes un administrador de casos? Si No

Si tiene un administrador de casos o alguien que lo refirió, indique el nombre de la persona u organización:

Estado Civil Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Información del Cónyuge (si aplica)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Género M F

Empleo Tiempo Completo Medio Tiempo Temp Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante

¿Es su conyuge un veterano? Si No

Información de Otros Miembros del Hogar Número total en el hogar (incluido el paciente): _____

Por favor use la parte de atrás de la página para detallar más miembros de la familia.

Nombre Completo	Géner (M/F)	Años	Relación

Patient Information

Every patient must complete this form.

Last Name _____ First Name _____ Initial _____

Address _____

Phone _____ Social Security # _____ Gender Male Female

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Age Range: 0-17 18-29 30-49 50-64 65+

Race/Ethnicity African American Asian Hispanic Native American White Other _____

Primary Language _____ Interpreter Needed? Yes No

Education Completed None Elementary School High School/GED 2 Years College 4 Years College

Employment Full-Time Part-Time Temp Unemployed Retired Disabled Student Other _____

Are you a Veteran? Yes No Do you have a Case Manager? Yes No

If you have a case manager or someone referred you, please list the name of the individual and/or organization:

Marital Status Single Married Separated Divorced Widowed

Spouse Information (if applicable)

Last Name _____ First Name _____ Initial _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Social Security # _____ Gender Male Female

Employment Full-Time Part-Time Temp Unemployed Retired Disabled Student Other _____

Is your spouse a veteran? Yes No

Other Household Member Information

Total # in Household (including patient): _____

Please use back of page to detail additional family members.

Name	Gender (M/F)	Age	Relationship

Información Médica y de Prescripción

Seguro de salud Medicare Medicaid Beneficios de VA Otra _____ ninguna

Por favor indique los medicamentos que necesita : _____

Por favor indique cualquier alergia a los medicamentos y su reacción: _____

En los últimos 12 meses, ¿ha sido admitido en el hospital o ha visitado una sala de emergencias?

Si No Si es así, ¿cuántas veces? _____

¿Cómo se enteró de la Farmacia SVdP? Radio TV/ Noticias Internet/Sitio Web Iglesia [nombre, si posible]: _____
 Otra _____

Consentimiento para el Tratamiento por Parte de Voluntarios

Por favor, lea atentamente y añada su firma a continuación.

Entiendo que los servicios recibidos por St. Vincent de Paul Pharmacy podrán ser prestados por un voluntario que esté prestando atenciones que no sean proveídas por o en espera de recibir compensación.

Entiendo, además, que la Ley de Texas impone límites en la recuperación por daños de cualquier voluntario a cambio de recibir servicios de salud. Dichas limitaciones incluyen inmunidad a responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resultare en muerte o daño a un paciente si:

- 1) El voluntario estaba actuando en buena fe en el curso y durante el alcance de sus responsabilidades y funciones en la organización.
- 2) El voluntario comete un acto u omisión mientras se encontraba prestando servicios de salud al paciente.

Reconozco que los proveedores de servicios de salud, en calidad de voluntarios, están brindándome servicios de salud que no son prestados a cambio de la expectativa de recibir remuneración, y a cambio de recibir los servicios de salud, la recuperación por daños queda limitada.

() Yo Mismo

() La persona detallada a continuación, por quien soy legalmente responsable: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

(si el paciente es menor de 18 años de edad)

Medical and Prescription Information

Health Insurance Medicare Medicaid VA Benefits Other _____ None

Please list Medication(s) Needed: _____

Please list any Allergies to medications and your reaction: _____

In the last 12 months, have you been admitted to the hospital or visited an emergency room for your condition?

Yes No If yes, how many times? _____

How did you hear about SVdP Pharmacy? Radio TV/News Internet/Website Church [Give Name, if possible]: _____ Other _____

Consent to Treatment by Volunteers

Please read carefully and add your signature below.

I understand that services I receive from St. Vincent de Paul Pharmacy may be provided by a volunteer who is providing care that is not administered for or in expectation of compensation.

I further understand that Texas Law imposes limits on the recovery of damages from such a volunteer in exchange for receiving health care services. Those limitations include immunity from civil liability for any act or omission resulting in death or injury to a patient if:

- 1) The volunteer was acting in good faith and in the course and scope of the volunteer's duties or functions within the organization.
- 2) The volunteer commits the act or omission in the course of providing health care services to the patient.

I acknowledge that the health care providers, as volunteers, are providing me with care that is not administered for expectation of compensation, and in exchange for receiving the health care services, recovery of damages is limited.

() Myself

() The following person for whom I am legally responsible: _____

Print Patient's Name _____ **Date** _____

Patient's Signature _____ **Date** _____
(Or Signature of legal guardian)

Detalle de Ingresos Mensuales

Cada paciente debe completar este formulario. Si no está seguro de cómo completar, el personal de la farmacia puede ayudarlo.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Nombre del empleador _____ Desempleado

Cantidad de salario: _____ Frecuencia salarial: salario por hora por día por semana
 por mes Ingresos anuales

Ingreso mensual total de otros asalariados (cónyuge) en el hogar: _____

Ingresos de Otras Fuentes

Para verificar el ingreso anual total de su hogar, debemos considerar todos los tipos de ingresos recibidos. Además de los salarios por hora o el salario de un lugar de trabajo, detalle los pagos recibidos de cualquiera de las siguientes fuentes

- Propinas,
- Beneficios de desempleado,
- Beneficios de Seguro Social,
- Prestaciones sociales,
- Discapacidad, compensación del trabajador u otros pagos por una lesión o enfermedad,
- Beneficios de jubilación o pensión,
- Pagos de pensión alimenticia o pensión alimenticia
- Pagos de anualidades o seguros de vida,
- Intereses o dividendos de cuentas de ahorro o inversiones, o cualquier retiro de estas cuentas,
- Ingresos de alquiler o ingresos de su negocio,
- Ingresos de regalías, patentes, juegos de azar o ganancias de lotería

Si es posible, también debe proporcionar documentación que demuestre que recibe estos ingresos, o una copia de su extracto bancario que pueda mostrar estos pagos. Puede proporcionar otra hoja en blanco para detallar los ingresos adicionales.

Organización	Pago Mensual

Si no recibe ingresos del empleo o de cualquiera de las fuentes mencionadas anteriormente, complete el Formulario de Gastos Mensuales y Reconocimiento de Manutención en la página 11 para detallar cómo cubre sus gastos de vida mensuales.

Ingreso total mensual del hogar: _____ Ingreso total anual del hogar: _____
 (Ingreso mensual total del hogar = salario mensual del paciente + ingreso de otros asalariados (cónyuge) + ingreso de otras fuentes)

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado esta sección de ingresos con el solicitante y he verificado su ingreso anual total del hogar.

Firma de Filtro de Admisión _____ Fecha _____

Monthly Income Detail

Every patient must complete this form. If you are unsure how to complete, pharmacy staff can help you.

Last Name _____ First Name _____ Initial _____

Address _____

Name of Employer _____ Unemployed

Wage Amount: _____ Wage Frequency: Hourly Daily Weekly Monthly Yearly

Total Monthly Income from Other Wage Earners (spouse) In Household: _____

Income from Other Sources

In order to verify your total annual household income, we must account for all types of income received. Apart from hourly wages or a salary from a place of employment, please detail any payments received from any of the following sources:

- Tips,
- Unemployment benefits,
- Social Security benefits,
- Welfare benefits,
- Disability, worker's compensation, or other payments for an injury or illness,
- Retirement or Pension benefits,
- Alimony or Child Support payments,
- Annuity or Life Insurance payments,
- Interest or Dividends from savings accounts or Investments, or any withdrawals from these accounts,
- Rental Income or income from your business,
- Income from Royalties, Patents, Gambling or Lottery winnings.

If possible, you must also provide documentation which shows you receive this income, or a copy of your bank statement which can show these payments. You may provide another blank sheet to detail additional income.

Source/Organization	Monthly Amount Paid

If you do not receive income from employment or from any of the sources above, please complete the Monthly Expenses and Acknowledgement of Support form on page 7 to detail how you cover your monthly living expenses.

Total monthly household income: _____ Total annual household income: _____
(Total monthly household income = Patient's monthly wages + income from other wage earners (spouse) + income from other sources)

OFFICE USE ONLY

I have reviewed this income section with the applicant and verified their total annual household income.

Intake Screener Signature _____ Date _____

Términos de Servicio

Cada paciente debe completar este formulario. Por favor, lea atentamente y agregue sus iniciales a cada sección. Sus iniciales significan que ha leído, comprendido y aceptado cada declaración.

_____ **Términos para calificar para el servicio**

Reconozco que los términos relativos a calificar para recibir servicio en St. Vincent de Paul Pharmacy se me han sido explicados y los entiendo. También entiendo que he sido certificado para un periodo de doce (12) meses, y entiendo que se necesitara volver a verificar si califico para recibir servicio en la Farmacia después de esa fecha si gusto seguir recibiendo medicamentos.

_____ **Acuerdo de Cambio de Información**

Atestiguo que la información que presente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y inmediatamente informaré a SVdP Pharmacy de cualquier cambio de dirección, cambio de estado de mi seguro, o nuevo ingreso financiero que reciba. Entiendo que cualquiera de estos cambios puede afectar si sigo calificando para el servicio en la farmacia o no.

_____ **Consentimiento y Descargo de Responsabilidad**

Entiendo que cualquier información que proporcione a SVdP Pharmacy se mantendrá confidencial. Sin embargo, autorizo a SVdP Pharmacy el poder de compartir mi información, que incluye pero no se limita a mi nombre, dirección y otra información personal, con otras instalaciones médicas y / o fabricantes de productos farmacéuticos que participan en mi cuidado para coordinar mis servicios. También autorizo a SVdP Pharmacy para que comparta mi información, incluyendo los registros de elegibilidad y prescripción, con cualquier Pharmaceutical Manufacturers Patient Assistance Program(s), o la persona designada por ellos, para cual califico, con fines de auditoría. Entiendo que este consentimiento está autorizado para un periodo de doce (12) meses a partir de la fecha en que se firma esta pagina, y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a SVdP Pharmacy, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para obtener y / o liberar tal información.

_____ **Permiso para Divulgar Información para ver si Califico para Programas de Asistencia al Paciente**

También autorizo a que St. Vincent de Paul Pharmacy use mi información, incluyendo los registros de recetas, para ayudarme a encontrar cualquier Programa de Asistencia al Paciente a cual califique, a fin de ayudarme a acceder a estos programas y para coordinar mis servicios.

Con mi firma, indico que estoy de acuerdo en general con los términos y condiciones de servicio en la farmacia St. Vincent de Paul Pharmacy. Si el paciente es menor de 18 años, firmo como su guardian legal.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Guardian _____ **Fecha** _____

(si el paciente es menor de 18 años de edad)

Terms of Service

Every Patient must complete this form. Please read carefully and add your initials to each section. Your initials mean that you have read, understand and agree to each statement.

_____ **Terms of Qualification for Service**

I acknowledge that the terms concerning qualification for service at St. Vincent de Paul Pharmacy have been explained to me and I understand them. I also understand that I have been certified for up to twelve (12) months, and I understand that re-verification of qualification for service at the Pharmacy is needed to continue receiving medications beyond that date.

_____ **Change of Information Agreement**

I attest to the above information as true to the best of my knowledge, and will report any change of my address, my insurance status or income to SVdP Pharmacy immediately. I understand that any of these changes may affect my qualification for service at the pharmacy.

_____ **Consent and Release**

I understand that any information I provide to SVdP Pharmacy will be kept confidential. However, I hereby authorize SVdP Pharmacy to share my information, including but not limited to my name, address and other personal information with other medical facilities and/or pharmaceutical manufacturers participating in my care in order to coordinate services. I also authorize SVdP Pharmacy to share my information, including eligibility and prescription records, with any Pharmaceutical Manufacturers Patient Assistance Program(s), or their designee, for which I qualify, for auditing purposes. I understand that this consent is authorized for twelve (12) months from the date below, and I may revoke this consent at any time by submitting a request in writing to SVdP Pharmacy, except when action has already been taken to obtain and/or _____ release _____ such _____ information.

_____ **Permission to Release Information for Patient Assistance Program Qualification**

I also authorize St. Vincent de Paul Pharmacy to use my information, including prescription records, to assist me in finding any Patient Assistance Program(s) for which I qualify, in order to assist me in accessing these programs, and to coordinate services.

By my signature, I indicate that I agree overall to the terms and conditions of service at St. Vincent de Paul Pharmacy. If the patient is a child under the age of 18, I sign as their legal guardian.

Patient's Name Print _____ **Date** _____

Patient's Signature _____ **Date** _____

Guardian's Signature _____ **Date** _____

(if patient is under the age Of 18)

Gastos Mensuales y Reconocimiento de Manutención

Complete este formulario si no está empleado, no tiene ingresos y alguien más ayuda a cubrir sus gastos de subsistencia. Si tiene un empleo y puede verificar sus ingresos, no necesita completar esta sección.

Gastos Mensuales

Detalle el costo mensual de cada uno de los siguientes gastos mensuales y cómo los cubre. No tiene que detallar exactamente cuánto, sino estimar dentro de unos pocos dólares.

Gastos	Cantidad mensual	Fuente de pago (individuo / agencia que paga)
Renta/Pago de Casa		
Utilidades (electricidad, agua, etc)		
Comida		
Ropa, higiene, necesidades básicas.		

Para ser completado por el individuo u organización / agencia que asiste al solicitante:

Si la persona que apoya es un individuo:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Relación: _____ Usted paga el gasto usted mismo? Si No

Si el soporte proviene de una organización / agencia:

Nombre de la Organización _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Nombre de contacto (Primero, Apellido) _____ Título _____

El pago se entrega directamente al solicitante? Si No

Otras notas _____

Con mi firma, certifico que este solicitante no tiene ingresos o ingreso insuficiente y que yo, o la organización que represento, proporcionamos apoyo financiero para sus gastos de subsistencia. La información proporcionada anteriormente es precisa, completa y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del partidario _____ Fecha _____

Firma del paciente _____ Fecha _____
(O firma del tutor legal)

Monthly Expenses and Acknowledgement of Support

Please complete this form if you are not employed, have no income, and someone else helps to cover your living expenses. If you are employed and able to verify your income, you do not need to complete this section.

Monthly Expenses

Please detail the monthly cost of each of the following monthly expenses, and how you cover them. You do not have to detail exactly how much, but estimate within a few dollars.

Expense	Monthly Amount	Payment Source (Individual/Agency Who Pays)
Rent/Mortgage		
Utilities (electricity, water, etc)		
Food		
Clothing, hygiene, basic needs		

To Be Completed by Individual or Organization/Agency assisting the Applicant:

If the person supporting is an individual:

Last Name _____ First Name _____ Initial _____

Address _____

Relationship: _____ Do you pay the expense yourself? Yes No

If the support comes from an organization/agency:

Organization Name _____ Phone _____

Address _____

Contact Name (First, Last) _____ Title _____

Is the payment given directly to the applicant? Yes No

Other Notes _____

By my signature, I attest that this applicant has no income or insufficient income and that I, or the organization I represent, provide(s) financial support for their living expenses. The information provided above is accurate, complete and true to the best of my knowledge.

Supporter Signature _____ Date _____

Patient Signature _____ Date _____
 (Or Signature of legal guardian)



Carta de para Personas sin Hogar

Complete este formulario si no tiene hogar o si no puede verificar su lugar de residencia. Esta carta debe ser completada por el individuo, la organización o el defensor que le brinda apoyo de vivienda.

RE: Farmacia San Vicente de Paul:

Para (Nombre del solicitante): _____

A quien le interese,

Esta carta es para verificar que _____ no tiene hogar, como se define a continuación (elija uno):

Una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa: Una persona o familia con una residencia nocturna principal que sea un lugar público o privado que no esté diseñado ni se use normalmente como un lugar para dormir habitual para seres humanos, incluido un automóvil, parque, edificio abandonado, estación de autobús o tren, aeropuerto o zona de acampada; o

- A. Una persona o familia que vive en un refugio supervisado de manera pública o privada designado para proporcionar arreglos de vivienda temporales (incluidos refugios congregados, viviendas de transición y hoteles y moteles pagados por organizaciones caritativas, o por programas del gobierno federal, estatal o local personas de bajos ingresos); o
- B. Una persona que está saliendo de una institución en la que residió durante 90 días o menos y que residió en un refugio de emergencia o en un lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de ingresar a esa institución

Una persona o familia que está huyendo o está tratando de huir de la violencia doméstica, violencia de pareja, abuso sexual, acecho u otros peligros o condiciones que ponen en peligro la vida que se relacionan con la violencia contra la persona o un miembro de la familia.

Su ingreso actual es _____ Por hora Diario Por semana Mensual Anual,

Y su fuente de ingresos es _____. Esta carta verifica que la persona nombrada anteriormente necesita refugio / vivienda de apoyo. Háganos saber si necesita información adicional sobre esta persona o su familia.

Sinceramente,

Nombre de la persona / organización _____

Título / Relación _____

Correo electrónico _____ Número de teléfono _____

Fecha _____

Homeless Shelter Referral Letter

Please complete this form if you are homeless or otherwise unable to verify your place of residence. This letter must be completed by the individual, organization or advocate who provides housing support for you.

RE: St. Vincent de Paul Pharmacy:

For (Applicant Name): _____

To Whom It May Concern,

This letter is to verify that _____ is homeless, as defined below (choose one):

An individual or family who lacks a fixed, regular and adequate nighttime residence, meaning:

A. *An individual or family with a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings, including a car, park, abandoned building, bus or train station, airport or camping ground; or*

B. *An individual or family living in a supervised publicly or privately operated shelter designated to provide temporary living arrangements (including congregate shelters, transitional housing, and hotels and motels paid for by charitable organizations, or by federal, state, or local government programs for low-income individuals); or*

C. *An individual who is exiting an institution where he or she resided for 90 days or less and who resided in an emergency shelter or place not meant for human habitation immediately before entering that institution.*

An individual or family who are fleeing, or are attempting to flee domestic violence, dating violence, sexual assault, stalking or other dangers or life-threatening conditions that relate to violence against the individual or a family member.

Their current income is _____ Hourly Daily Weekly Monthly Yearly,

And their income source is _____. This letter verifies that the individual named above needs shelter/supportive housing. Please let us know if you require additional information regarding this individual or family.

Sincerely,

Individual/Organization Name _____

Title/Relationship _____

Email _____ Phone _____

Date _____