

# 부양 서한

환자 의료 기록 번호/계정 번호 \_\_\_\_\_

부양자 이름 \_\_\_\_\_

환자/신청자와의 관계 \_\_\_\_\_

부양자 주소 \_\_\_\_\_

Ascension Saint Thomas 재활 병원 귀하:

본 서한은 (환자 이름) \_\_\_\_\_ 이(가) 수입이 거의 없거나 전혀 없으며 제가 생활비를 지원하고 있음을 알리기 위해 보냅니다. 그/그녀는 저에 대한 의무가 거의 또는 전혀 없습니다.

본 진술서에 서명함으로써 본인은 제공된 정보가 본인이 아는 한 사실임을 동의합니다.

부양자 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_