

Declaraciones en nombre del paciente

Nombre del paciente: _____

Nombre del partido reponsable: _____ Relacion: _____

Numero de cuenta: _____ Fecha de servicios: _____

Yo, _____ el firmante, estoy solicitando Charity Care en nombre del paciente _____. El/Ella es mi _____.

(relacion)

Estoy solicitando en nombre de el/ella porque:

(Colocar una marca de verificacion a la izquierda de las declaraciones correspondientes)

Yo declaro que:

_____ El/La paciente es soltero(a) / casado(a) / separado(a) / divorciado(a) / viudo(a).

_____ El/La paciente no tenia ingresos monetarios por _____ meses antes de la fecha de servicios.

_____ El/La paciente no tenia activos financieros en la fecha de servicios ni en los _____ meses antes.

_____ El/La paciente reside en New Jersey desde _____ e intenta permanecerse aqui.

_____ El/La paciente **no es residente** de New Jersey. Fue tratado por una emergencia potencialmente mortal.

_____ El/La paciente no tiene seguro medico para pagar los gastos medicos de _____
(fecha de servicios)

_____ Yo afirmo que la informacion arriba es verdadera y correcta segun entiendo.

Firma: _____

Fecha: _____