

**PATIENT ATTESTATION  
CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

**Attention:** Credit and Collection / **Atención:** Crédito y cobros

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_  
Account # / N.º de cuenta: \_\_\_\_\_ Date of Service / Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

1. *I attest that I have no income. / Certifico que no tengo ingresos.*

Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o Parte responsable: \_\_\_\_\_

Spouse Signature / Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

2. *I attest that I have no assets. / Certifico que no poseo activos*

Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o Parte responsable: \_\_\_\_\_

Spouse Signature / Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

3. A. *I attest that I am homeless and have been since / Certifico que estoy sin hogar y he estado así desde:*

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

B. *I attest that I am homeless and have no identification since / Certifico que estoy sin hogar y no poseo identificación desde:*

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

C. *My last known address was / Mi última dirección conocida fue:* \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o Parte responsable: \_\_\_\_\_

Spouse Signature / Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

4. *I attest that I have no insurance to cover a hospital service. / Certifico que no poseo seguro para cubrir un servicio hospitalario.*

Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o Parte responsable: \_\_\_\_\_

Spouse Signature / Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

5. *I attest that I have lived in New Jersey for / Certifico que he vivido en New Jersey durante \_\_\_\_\_ months/year and have the intent to remain in New Jersey. / meses/años y tengo la intención de permanecer en New Jersey.*

My current address in New Jersey is / Mi dirección actual en New Jersey es: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o Parte responsable: \_\_\_\_\_

6. Do you or your spouse own property in which you do not reside? / ¿Posee usted o su cónyuge alguna propiedad en la que no reside? Yes / Sí \_\_\_\_\_ No / No \_\_\_\_\_

If yes, provide mailing address of property / Si respondió sí, proporcione la dirección postal de la propiedad: \_\_\_\_\_

Patient Signature / Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Spouse Signature / Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

*I certify that this information is true and accurate to the best of my knowledge for the date of service above.*

*Certifico que esta información es cierta y precisa según mi leal saber y entender a la fecha del servicio que se indicó anteriormente.*

**Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o Parte responsable:** \_\_\_\_\_

**Witness / Testigo:** \_\_\_\_\_