

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: _____