



Identificación de Paciente: _____

Certificado escrito

Por favor complete el certificado escrito a continuación como la verificación de cómo cumple con sus gastos.

Por favor imprimir:

Nombre del paciente: _____
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del paciente: _____
(mes/día/año)

Yo, _____ doy fe de que mis
(Nombre) (Apellido)

Ingresos actuales son \$ _____ sobre una base mensual. Afirmo que esto sea cierto estado y más no tengo ninguna documentación de apoyo en relación con estos ingresos por la siguiente razón(es):

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma de gerente: _____

Fecha: _____

Firma de director de operaciones: _____

Fecha: _____