

CERTIFICACIÓN AFIDÁVIT
(Paciente/Padre/Fiador debe firmar)

Nombre del paciente:	MRN:
----------------------	------

DECLARACIONES DE APOYO PARA LA SOLICITUD DE SERVICIOS CON DESCUENTO

Yo, _____, como garante de la cuenta mencionada anteriormente por la presente declaro y certificar las siguientes afirmaciones:

INGRESOS:

Mi ingreso familiar total bruto es de \$ _____. (Marque uno) → Semanal Mensualmente Anual

BIENES:

Mi total bruto de recursos/activos son \$ _____. (Homestead está excluido)

DEPENDIENTES:

El número total de personas a cargo de mi familia es _____. (Tal como se reivindica en la actual IRS Declaración de Impuestos)

SEGURO / COBERTURA MÉDICA:

Soy No soy un participante en un plan privado de seguros de salud, plan de salud de grupo, plan de prestación de servicios, organización de mantenimiento de la salud, un beneficiario de Medicare, de Medicaid, u otro programa de asistencia pública médico.

En caso afirmativo, indique → el nombre de la cobertura: _____ ID#: _____

RESIDENCIA: He vivido en el estado de Texas, desde _____ / _____ / _____ hasta _____ / _____ / _____

(Marque uno) → Certifico que, yo actualmente o tengo la intención de residir en la dirección abajo a partir del: _____ / _____ / _____

 DIRECCIÓN FÍSICA CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN FÍSICA

TELÉFONO DE CONTACTO #: (_____) _____ - _____

DECLARACIÓN JURADA:

Por la presente declaro y certifico que la información arriba proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Además, entiendo que esta declaración jurada es sólo una medida temporal y que está obligado a suministrar documentada y verificable de las afirmaciones anteriores. **La siguiente información debe ser presentada dentro de los catorce (14) días de hoy.**

Autorizo UTMB para verificar mis declaraciones del tamaño de la familia, los ingresos, la asegurabilidad y demás información presentada. Autorizo UTMB para investigar mi historial de empleo y mi historial de crédito. Entiendo que si la información que he proporcionado es declarada inválida, servicios adicionales puede ser negada, a menos que paguen en su totalidad, por adelantado. También reconozco que hacer declaraciones fraudulentas en la aplicación de servicios me hace responsable de enjuiciamiento y a la discontinuación de atención médica de UTMB.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____ / _____ / _____
 Paciente/Padre/Fiador (circule uno)

FIRMA DE TESTIGO: _____ **FECHA :** _____ / _____ / _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al área de asesoría financiera a (409) 772-6464.