TIFT REGIONAL
MEDICAL CENTER

Formulario de Atestiguación de Dependientes

Yo testifico que los dependientes nombrados son menores de 21 años y están bajo mi custodia. Yo proveo por lo menos el 50% de su sustento anual.

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Yo testifico que la información provista es verdadera y exacta para el propósito de evaluar mi aplicación para Cuidado Indigente/Caridad. Yo entiendo que Tift Regional puede revocar la decisión si la información exacta no es provista.

Nombre de Persona Aplicando (por favor imprima):_____

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo-*Requerido (no cónyuge)*: _____

Fecha: _____