



Tift Regional Health System, Inc.
FORMULARIO DE ATESTACIÓN MATRIMONIAL

**** Marque la opción que indica su estado civil actual Y presente la documentación requerida.****

Estado Civil	Fecha de Occurencia	**Documentación Requerida**
<input type="checkbox"/> Casado/Casado de nuevo		<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Sentencia Final de Divorcio <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Documento judicial (<i>ejemplos: separacion legal, solicitud de divorcio, etc.</i>) O <input type="checkbox"/> Carta con encabezamiento de parte de una tercera persona que valida la separacion (<i>ejemplos: funcionario de la iglesia, oficial de la escuela, consejero matrimonial, etc.</i>) O <input type="checkbox"/> Documentación de dos domicilios residenciales (ejemplos: facturas de servicios públicos separados, renta/hipoteca con el nombre de cada uno de los ultimos tres meses, etc.)
<input type="checkbox"/> Viudo, escriba el nombre del cónyuge a continuación		<input type="checkbox"/> Acta de defunción <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS <input type="checkbox"/> Obituario <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Soltero, nunca casado	N/A	N/A

☐ Otro (Por favor explique): _____

Al firmar esta Declaración de Verificación, yo (nosotros) certificamos que toda la información reportada es complete y precisa. ADVERTENCIA: Si usted da información falsa y engañosa a proposito en esta forma, cualquier decision favorable hecha en base de falsa información puede ser revocada.

X	X
(Paciente / Persona Engargada-REQUERIDA)	(Testigo-REQUERIDO, no cónyuge)

Fecha

Fecha

Revised October 1, 2025