

GOOD NEWS CLINICS
810 PINE STREET
GAINESVILLE, GA 30501

FECHA: _____

**POR FAVOR DIGALE A LA PERSONA QUE LE PROPORCIONA AYUDA, QUE LLENE ESTA FORMA -
FORMA TIENE QUE SER NOTARIZADA!**

Yo _____ certifico que _____
(nombre de la persona que asiste con cucinas) (nombre del paciente)

al mejor de mi conocimiento, tiene ingresos mensuales de \$ _____ en este tiempo, y ha estado en
este estado financiero por _____
(tiempo)

Por favor indique como el paciente vive y cualquier condición que es impuesta a este arreglo:

El paciente vive con _____
(Nombre)

en _____
(Domicilio)

Relación al paciente: _____

Pago para, o proveo, las siguientes cuentas para el paciente:

Comentarios: _____

Firma _____ Fecha _____

Número de Teléfono de Casa _____ Número de Teléfono Celular _____

****(Prueba de domicilio es requerida de la persona que firme esta forma y del paciente)**

Las Clinicas Good News reservan el derecho de verificar esta información. Si la información es encontrada ser incorrecta o falsificada, el paciente puede perder sus privilegios para servicios medicos en la clínica.

POR FAVOR COLOQUE SELLO DE NOTARIO AQUÍ

Firma de Notario

Fecha

GOOD NEWS CLINICS
810 PINE STREET
GAINESVILLE, GA 30501

DATE: _____

PLEASE HAVE PERSON PROVIDING ASSISTANCE COMPLETE FORM – FORM MUST BE NOTARIZED!

I, _____ certify and verify that _____
(print name of person assisting with bills) (print patient name)

to the best of my knowledge, has a monthly income of \$ _____ at this time, and has been in
this financial status for _____
(length of time)

Please indicate how the patient lives and any conditions that are imposed on that arrangement:

The patient lives with _____
(Print name)

at _____
Street City zip

Relationship to patient: _____

I pay for, or provide, the following items for the patient: _____

Additional comments: _____

Signature _____ Date _____

Home Phone Number _____ Cell Phone Number _____

**** (Proof of address is required from person providing assistance and applicant, if living in same home)**

Good News Clinics of Hall County reserves the right to verify this information. If the information is found to be incorrect, the patient may lose their privileges for care at the clinic.

PLEASE PLACE NOTARY SEAL HERE

Notary Signature

Date