

Reconocimiento de comprobante de identidad

Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende que Joseph P. Addabbo Family Health Center solamente utilizará cualquier forma válida de identificación personal (licencia de conducir, pasaporte, otra identificación expedida por el gobierno) con el propósito exclusivo de verificar su cobertura de seguro para cubrir el costo de su tratamiento y sus servicios médicos. No tiene que proporcionar su número del Seguro Social.



ESTADO DE _____

CONDADO DE _____

Yo, _____

en el condado de _____ en el estado de _____

por este medio declaro que:

1. Mi nombre legal completo es _____

2. Otros nombres que tengo _____

3. Mi dirección actual es _____

4. Mi dirección de correo electrónico es _____

5. Mi número de teléfono es (_____) _____

6. Como comprobantes de identidad, presenté al personal del centro de salud las siguientes **2 identificaciones** (de las que una **debe** ser una identificación con fotografía):

1. _____ 2. _____

7. Entiendo que el propósito de este documento es demostrar que soy la persona que es paciente de JPA _____

8. Juro que toda la información anterior es verdadera.

Firma del paciente

Recibido por el agente de JPA

_____ 20 ____.

SELLO

Entregue el formulario contestado a:
Joseph P. Addabbo Family Health Center
6200 Beach Channel Drive
Arverne, NY 11692
ATTN: ACM Registration Supervisor

Ene 2022