



COOK COUNTY
HEALTH

Poświadczenie ubezpieczenia medycznego w Ośrodkach Zdrowia Cook County Health

Ja _____, oświadczam, że nie mam dostępu ani teraz ani w najbliższej przyszłości, do ubezpieczenia medycznego u mojego pracodawcy, pracodawcy mojego współmałżonka lub Marketplace (zakup prywatny). Ponadto rozumiem, że jeżeli kiedykolwiek uzyskam ubezpieczenie medyczne poinformuję o tym Cook County Health w ciągu pierwszych 30 dni po jego otrzymaniu.

Oświadczam, że informacje zawarte w tym piśmie są prawdziwe, poprawne i zgodne z moją wiedzą.

mię i nazwisko pacjenta (wydrukować) _____

Podpis pacjenta _____ Data _____