



Leadership

Toni Preckwinkle
President
Cook County Board of Commissioners

Israel Rocha, Jr.
Chief Executive Officer
Cook County Health

Board of Directors

M. Hill Hammock
Chair of the Board

David Ernesto Munar
Vice Chair of the Board

Robert Currie
Hon. Dr. Dennis Deer, LCPC, CCFC

Mary Driscoll, RN, MPH
Raul Garza
Ada Mary Gugenheim

Joseph M. Harrington

Mike Koetting
Heather M. Prendergast, MD, MS, MPH
Robert G. Reiter, Jr.
Otis L. Story, Sr.

Poświadczenie ubezpieczenia zdrowotnego w Cook County

Imię i Nazwisko pacjenta: _____ MRN: _____

Proszę umieścić **X** obok odpowiedzi, która najlepiej opisuje twoją sytuację

_____ Nie mam dostępu do taniego ubezpieczenia zdrowotnego zarówno w miejscu pracy jak i w miejscu pracy mojego współmałżonka, na chwilę obecną nie posiadam żadnego ubezpieczenia zdrowotnego a także nie planuję w najbliższej przyszłości nabycia ubezpieczenia zdrowotnego.

Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, iż w przypadku nabycia ubezpieczenia zdrowotnego poinformuje o tym fakcie Cook County Health w terminie nie późniejszym niż 30 dni od dnia nabycia ubezpieczenia.

Oświadczam, że informacje podane w powyższym formularzu są prawdziwe, poprawne, kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis Pacjenta _____ Data _____

_____ Zwróciłem się z prośbą do mojego pracodawcy o przekazanie tych informacji, jednakże ich nie otrzymałem.

Oświadczam, że informacje podane w powyższym formularzu są prawdziwe, poprawne, kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis Pacjenta _____ Data _____