Para pacientes que no pueden obtener una declaracion de su oficina del Seguro Social que indique que NO son elegibles para los beneficios del Seguro Social o Medicare.

Certificado de inelegibilidad para el Seguro Social

Nombre del paciente:_____
Fecha de nacimineto:_____

I, _____ soy de la paciente anterior _____.
(Tu nombre impreso aqui) (Relacion con la paciente)

Doy fe de que el paciente mencionado anteriormente se encuentra legalmente en los Estados Unidos, pero no clifica para recibir beneficios del Seguro Social o Meicare, y que no pudo obtener documentos de la oficina del Seguro Social que confirmen su inelegibilidad.

_____
Nombre impreso

_____
Firma Fecha