



Residency Verification Statement Verificación de Residencia

Patient's Name/Nombre Del Paciente: _____

Medical Record Number/Número de Cuenta: _____

<p>I, _____, (Person completion the form) verify _____ (Patient Name) has had residency status in the state of Kentucky for _____ months. Their residency during this time period has been at: _____ _____</p>	<p>Yo, _____, (nombre de la persona) verifico que _____ (nombre del paciente) ha vivido en el estado de Kentucky por _____ meses. Durante este tiempo, la persona ha vivido en: _____ _____</p>
<p>I know of their residency because: _____</p>	<p>Yo sé de su residencia porque: _____</p>

Signature of individual completing form/
Firma de la persona verificando el domicilio
del paciente

Date/Fecha

Street Address/No. y calle

City, State, Zip Code/Ciudad, estado, código postal

Telephone/Número telefónico

Relationship to Patient/Parentesco al paciente