

Patient Name: _____
MRN: _____ CSN: _____
D.O.B: _____ Admit Date: _____



**RYAN WHITE PROGRAM
DECLARATION OF RESIDENCY**

I, _____, verify I reside at the following address:

Street: _____ Apt: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

I have resided at this address since: Month: _____ Year: _____

Declaración de Residencia

Yo, _____, verifico que resido en la siguiente dirección:

Calle: _____ Apt: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo he residido en esta dirección desde: Mes: _____ Año: _____

_____/_____
Signature/Firma Date/Fecha

_____/_____
Staff Signature/Firma del Personal Date/Fecha

*client's signature declares that client has no resources for housing or shelter.