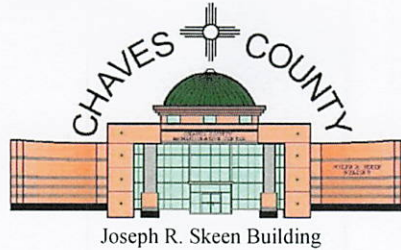


**CHAVES COUNTY
HEALTHCARE SERVICES**

P.O. Box 1597
Roswell, NM 88202-1597
Phone 575-624-6547, 575-624-6545
Fax 575-627-7554

Health Care Director
Jeff Ortega



COMMISSIONERS

Dara Dana · District 1
Cliff Waide · District 2
Herbert Corn · District 3
Richard Taylor · District 4
Michael Perry · District 5

County Manager
Bill Williams

Prueba de Residencia

(Proof Of Residency)

Servicios de Cuidad de Salud solicita verificación de residencia para:

Nombre _____

Entiendo que a sabiendas doy esta información y declaro que es verdadera y correcta. Entiendo que el Condado de Chaves puede enjuiciarme si les doy información falsa y podría constituir un cargo criminal que podría resultar en multas y encarcelamiento.

Yo verifico que he conocido a este individuo por los últimos _____ meses / años.
(Circule uno)

Yo declaro que no soy pariente de este individuo y indico que esta persona vive en:

Dirección de la calle _____

localizado en _____ desde _____ hasta _____
Ciudad, Estado mes / año mes / año

Verifico que el individuo antedicho ha sido un residente del Condado de Chaves por _____
meses / años

INFORMACIÓN DEL VERIFICANTE

Firma: _____

Escriba su nombre
con letras de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

State Of New Mexico)

)

County Of _____)

SUBSCRIBED AND SWORN TO before me this _____ day of _____, year 20_____.

SEAL

Notary Public

My Commission Expires