



NUECES COUNTY HOSPITAL DISTRICT
Hospital de Distrito del Condado de Nueces
Enrollment Services
2606 Hospital Boulevard
Corpus Christi, Texas 78405

Statement of Residency/ Declaración de Residencia/Domicilio

Date: _____

Dear Sir or Madam:

I certify that _____ lives
(name)
at my residence. My address is
_____ and
(Street, City, St., Zip)
telephone number is

(area code) number

Attached is my current _____ utility bill to
(name of utility bill)
verify my home address.

_____ does or does not
(name)
contribute to the household expenses.

_____ pay
(name)
\$ _____ for rent.
(monthly amount)

Sincerely,
Name _____
Signature _____

Fecha: _____

Querido Señor o Madama:

Certifico que _____ vive en mi
(Nombre de aplicante)
residencia. Mi dirección de residencia es
_____, y
(Calle, Aptd., Ciudad, Estado, Zip)
numero de teléfono de casa es

(numero de area y teléfono)

Apegado esta la última cuenta de servicio _____
(Utilidades o
Electricidad) para verificar me domicilio.

_____ si o no contribuye para
(Nombre de aplicante)
los gastos del sostenimiento de casa.

_____ paga
(Nombre de aplicante)
\$ _____ de renta.
(Cantidad Mensual)

Sinceramente,
Nombre _____
Firma _____

SUBSCRIBED AND SWORN TO BEFORE ME on this the _____ day of _____, 200__, to certify which witness my hand and seal of office.

Notary Public, State of Texas