

Shelby County Proof of Residency

Patient's Name:	
Name of Account Holder on the Utility Bill:	
Relationship of Account Holder to Patient:	
Account Holder's Phone Number:	

I, _____, certify that I have a utility service in my name at the following address
 (patient's address): _____

and that the above named patient resides at this address. I further certify that I understand the content of this form signed by me and that the statements are true and correct.

Account Holder's Signature: _____ **Date:** _____

*** You must include a copy of the most recent utility bill referenced above in order to verify the address. ***

Comprobante de Residencia en el Condado de Shelby

Nombre del Paciente:	
Nombre del titular de la cuenta de servicio público (agua, electricidad, gas, etc):	
Relación del titular con el paciente:	
Numero de teléfono del titular:	

Por la presente certifico que yo, _____, tengo el servicio público de la siguiente dirección en mi nombre (dirección del paciente): _____

_____, y que el paciente vive en esta dirección.

Yo certifico que entiendo el contenido de esta declaración firmada por mi y que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma del titular de la cuenta: _____ **Fecha:** _____

*** Debe incluir una copia de la factura más reciente del servicio público para poder verificar la dirección. ***