



Date: _____

HRSA COVID-19 Uninsured Program

First Name: _____ Middle Initial: ____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ Gender: _____ Social Security #: _____

State of Residence: _____ Driver License #: _____ Date of Service: _____

PMH Laboratory, Inc attest that we attempted to capture the above information prior to submitting a claim.

I certified that the above patient has no Insurance, Federal, Private, nor Medicare coverage. Patient status is uninsured.

Patient signature: _____

* Attach a copy of a Government issued ID or Student ID number.



Fecha: _____

HRSA COVID-19 Programa Sin Seguro

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Numero de Seguro Social: No disponible

Estado de Residencia: _____ Licencia de Conducir #: _____ Fecha del Servicio: _____

Laboratorio PMH, Inc. declara que ha intentado obtener la información mencionada en la parte superior previo a someter la aplicación.

Yo certificó que el paciente no tiene aseguranza, Federal, Privada, or covertura Medicare. El status del paciente es no asegurado.

Firma del Paciente: _____

* Agregar una copia de le Licencia de Conducir o Número de identificación estudiantil.