



I, _____, attest that

Section I.

I currently reside at:

Give specific address, including apt. no, city and zip code

This document may be used one time as proof of residency at the address given above. At your next appointment if you are still living at the address above, you must provide actual proof of residency.

Section II.

I am currently homeless and staying in one of the following: outdoors, ARCH, Salvation Army or other homeless shelter.

Give specific address, including city and zip code or street intersections below

Last night I stayed at _____

Tonight I plan to stay at _____

Section III.

I am currently living at one of the following locations: Safeplace, Mary's House, Integral Care Safe Haven, Casa Marianella, Posada Esperanza, SMART Program, Austin Transitional Center- parole reintegration program or staying at an address less than 30 days.

Give specific address, including apt. no, city and zip code or street intersections

Section IV- For Single person households only

I am currently in the Hospital or a Treatment Center

Give specific address, including apt. no, city and zip code or street intersections

Address of the hospital or treatment center _____

Prior to being admitted, I stayed/lived at _____

When I am discharged, I plan to stay/live at _____

I certify that the information above is true, accurate and complete.

Signature

Date

The Medical Access Program serves the healthcare needs of eligible residents in Travis County and is funded by Central Health



DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE

Yo, _____, certifico que

Sección I.

Actualmente resido en:

Dar dirección específica, incluyendo número de apartamento, ciudad y código postal

Este documento se puede usar una vez como comprobante de residencia en la dirección indicada anteriormente. Durante su próxima cita, si aún vive en esta misma dirección, deberá presentar comprobante de residencia actual.

Section II.

Actualmente no tengo hogar y me quedo en uno de los siguientes lugares: Afuera al aire libre, en el ARCH, Salvation Army o en otro refugio para personas sin hogar.

Dar dirección específica, incluyendo ciudad y código postal o las intersecciones de las calles a continuación

Anoche me quede en: _____

Esta noche planeo quedarme en: _____

Sección III.

Actualmente estoy viviendo en uno de los siguientes lugares: Safeplace, Mary's House, Integral Care Safe Haven, Casa Marianella, Posada Esperanza, Programa SMART, Austin Transitional Center- programa de reinserción de libertad condicional o me quedo en una dirección menos de 30 días a la vez.

Dar dirección específica, incluyendo ciudad y código postal o las intersecciones de las calles

Sección IV- Solamente para hogares de una sola persona

Actualmente estoy el hospital o en un centro de tratamiento

Dar dirección específica, incluyendo número de apartamento, ciudad y código postal o las intersecciones de las calles

Dirección del hospital o centro de tratamiento _____

Antes de ser admitido, me quedaba/ vivía en _____

Cuando me den de alta, planeo quedarme/vivir en _____

Certifico que la información anterior es verdadera, precisa y completa.

Firma

Fecha

The Medical Access Program serves the healthcare needs of eligible residents in Travis County and is funded by Central Health

