MUSC
MEDICAL UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA

Charleston Memorial Hospital
University Medical Associates

MUSC/CMH/UMA
Afirmación del Depende

Yo, _____ testifico que los siguientes son mis dependes:
(IMPRIMA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

Nombre de Dependes	Edad	Relación con el Solicitante

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA