



Declaración Jurada de Verificación de Ingresos

Este formulario es para solicitantes que no son elegibles para Medi-Cal y (1) no tienen ingresos, (2) no tienen hogar y / o (3) reciben apoyo financiero de una agencia o un individuo que no es su cónyuge o su pareja doméstica registrada (RDP*). Los solicitantes que reciben apoyo financiero de un cónyuge o RDP no deben usar este formulario. Esta declaración jurada solo se debe utilizar cuando se cumple uno de los criterios anteriores y no hay otros documentos de respaldo de ingresos disponibles.

Sección 1: Información del solicitante

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación: _____

Sección 2: Por favor seleccione todas las que apliquen:

- a. No tengo ingresos y no soy elegible para Medi-Cal.
- b. Estoy sin hogar y no soy elegible para Medi-Cal.
- c. No soy elegible para Medi-Cal y recibo ayuda financiera de alguien que no es mi cónyuge o RPD.

Si selecciona la casilla "c", complete la "Información de apoyo de ingresos" de la Sección 3.

Sección 3: Información de apoyo de ingresos

Complete esta sección si selecciono la casilla "c". Esta sección debe ser firmada por la agencia o el individuo que le provee apoyo financiero al solicitante.

Seleccione la casilla que aplique:

- Certifico que la persona que figura a continuación me apoya financieramente, pero debido a razones de confidencialidad, no autorizo a la persona a firmar este formulario.
- Certifico que no soy el cónyuge o RDP del solicitante y que proporciono apoyo financiero al solicitante mencionado anteriormente en la Sección 1.

Por favor complete esta sección:

Nombre del proveedor: _____ Fecha: _____

Domicilio del proveedor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico del proveedor: _____ Relación con el solicitante: _____

Firma del proveedor: _____

Sección 4: Certificación

Al firmar este formulario, por la presente certifico que la información anterior es objetiva, precisa, completa y que no tengo una fuente de ingresos, a menos que se indique lo contrario anteriormente. Acepto notificar inmediatamente al Departamento de Salud Pública de California (CDPH*) de cualquier cambio en mis ingresos. Entiendo que, como condición para participar en el programa, CDPH verificará mis ingresos con la Junta de Impuestos de Franquicias de California. También entiendo que CDPH tiene permitido solicitar una verificación de ingresos adicional si los ingresos reportados parecen ser inconsistentes o incorrectos. Entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa u omitir deliberadamente información puede dar lugar a la suspensión o finalización de los servicios y se me puede considerar financieramente responsable por cualquier servicio cubierto que se obtenga.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

*por sus siglas en inglés