



Affidavit sa Beripikasyon ng Kita

Ang form na ito ay para sa mga aplikanteng **hindi** kwalipikado sa Medi-Cal at (1) walang kinikita, (2), mga pana-panahong manggagawa na nagtatrabaho kung minsan sa isang taon, (3) walang tirahan, at/o (4) tumatanggap ng suportang pinansiyal mula sa isang ahensya o isang indibidwal na **hindi** asawa ng aplikante o rehistradong domestic partner (RDP). Ang mga aplikanteng tumatanggap ng suportang pinansiyal mula sa asawa o RDP ay hindi dapat gumamit ng form na ito. Ang affidavit na ito ay dapat **lamang** gamitin kapag naabot ang isa sa mga pamantayan sa itaas at walang iba pang mga sumusuportang dokumento sa kita.

Seksyon 1: Impormasyon ng Aplikante (Kailangan ang lahat ng field maliban kung iba ang nakasaad)

Pangalan (Una, Gitnang Inisyal, Apelyido): _____

Petsa ng Kapanganakan: _____ Numero ng ID ng Kliyente (opsyonal): _____

Seksyon 2: Piliin ang lahat ng naaangkop

- Wala akong kinikita at hindi ako Kwalipikado para sa Medi-Cal
- Isa akong pana-panahong manggagawa at hindi kwalipikado para sa Medi-Cal
- Wala akong tirahan at hindi kwalipikado para sa Medi-Cal
- Hindi ako kwalipikado para sa Medi-Cal, at tumatanggap ako ng suportang pinansiyal mula sa isang taong hindi ko asawa o RDP. Kung pinili ang check box "d," dapat kumpletuhin sa ibaba ang "Seksyon 3: Impormasyon hinggil sa Suporta sa Kita".

Seksyon 3: Impormasyon hinggil sa Suporta sa Kita

Kumpletuhin ang seksyong ito kung pinili sa itaas ang check box "d". Ang seksyong ito ay dapat lagdaan ng ahensya o indibidwal na nagbibigay ng suportang pinansiyal sa aplikante.

Piliin ang naangkop na kahon:

Pinatutunayan ko na pinansiyal na sinusustentuhan ako ng indibidwal na nakalista sa ibaba, ngunit sa dahilan ng pagiging kumpidensyal hindi ko pinahihintulutan ang indibidwal na lagdaan ang form na ito.

Pinatutunayan ko na hindi ako ang asawa o RDP ng aplikante at nagbibigay ako ng suportang pinansiyal sa aplikanteng binanggit sa itaas sa Seksyon 1.

Kumpletuhin ang seksyong ito:

Pangalan ng Tagapagkaloob: _____ Petsa: _____

Address ng Tagapagkaloob: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telepono ng Tagapagkaloob: _____ Relasyon sa Aplikante: _____

Lagda ng Tagapagkaloob: _____

Seksyon 4: Sertipikasyon

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo tumpak, kumpleto, at wala akong patunay ng pinagkakakitaan, maliban kung tinukoy sa itaas. Sumasang-ayon akong ipaalam agad sa CDPH ang anumang pagbabago sa aking kita. Nauunawaan ko na bilang kondisyon ng paglahok sa programa, beberipikahin ng CDPH ang aking kita sa California Franchise Tax Board. Nauunawaan ko rin na ang CDPH ay pinapayagang humiling ng karagdagang beripikasyon ng kita kung ang iniulat na kita ay tila hindi magkakatatugma o hindi tama. Nauunawaan ko na ang kabiguang magbigay ng tumpak na impormasyon o sadyang hindi pagbigay ng impormasyon ay maaaring magresulta sa pagsususpende o pagwawakas ng mga serbisyo at maaari akong magkaroon ng pananagutang pinansiyal para sa anumang mga sakop na serbisyong nakuha.

Lagda ng Aplikante: _____ Petsa: _____