Health and Human Services Agency
California Department of Public Health

Declaración Jurada de Verificación de Residencia

Es preciso completar este formulario si el solicitante es indigente o si carece de comprobantes de residencia.

Sección 1: Información del solicitante (Todos los campos son obligatorios a menos que se indique lo contrario)

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento del solicitante:_____

N° de identificación del cliente (opcional): _____

Sección 2: Trabajador de inscripción (EW, por sus siglas en inglés), proveedor o residencia del cliente de la Agencia

Favor de marcar la casilla apropiada:

☐ Certifico que brindo apoyo residencial para la vivienda al solicitante. Mi relación a la persona nombrada antecedente es:

_____

☐ Certifico que la agencia que represento brinda un refugio al solicitante. Utilice la dirección de EW/Proveedor abajo

☐ Certifico que el solicitante es indigente y soy un proveedor de servicios a indigentes*.

☐ Certifico que soy el agente de inscripciones del solicitante y que, a lo mejor de mi conocimiento, el solicitante es indigente y no recibe servicios de apoyo a indigentes. Utilice la dirección de EW/Proveedor abajo

☐ Certifico que soy el agente de inscripciones del solicitante y doy fe del hecho de que, al mejor de mi conocimiento y creencia, el solicitante reside en California, pero no tiene la prueba de residencia o la información de apoyo que está dentro de las guías de CDPH.

Dirección residencial verificada del cliente: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal: _____

La verificación de la dirección pertenecerá en efecto por un año desde la fecha en este formulario, a menos que una fecha este anotada aquí: _____

Sección 3: Verificación

Agente de Inscripciones/Proveedor/ Representante de Agencia

Al firmar este formulario, yo _____, por el presente certifico que la información previa es factual y exacta.

Firma (EW/Proveedor/ Representante de agencia):_____ Fecha: _____

Dirección del EW/Proveedor/Agencia: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal:_____

Sólo para trabajadores de inscripción: Trabajadores de inscripción entienden que la falta de proporcionar información inexacta u omitir deliberadamente la información en este formulario puede resultar en la terminación o suspensión de los privilegios del trabajador de inscripción.

Solicitante

Al firmar este formulario, por el presente certifico que resido en el estado de California y la información previa es factual, exacta y completa y acepto notificar de inmediato a CDPH acerca de cualquier cambio en mi residencia. Comprendo que el incumplimiento de proporcionar información exacta y o la omisión deliberada de la información podría causar la suspensión o la terminación de los servicios y que podrían considerarme financieramente responsable de todos y cualquiera de los servicios cubiertos obtenidos.

Firma (Solicitante): _____ **Fecha:** _____

*Un proveedor de servicios indigentes podrá incluir: (1) Una agencia gubernamental o agencia sin fines recibiendo fondos federales, estatales, o del condado o municipio para proporcionar servicios a una "persona indigente" o que es de otra manera sancionado a proporcionar esos servicios por una organización de continuo de cuidado local para indigentes; (2) Un proveedor de servicios humanos o proveedor de servicios sociales públicos financiados por el estado de California para proporcionar servicios a niños o la juventud indigente, servicios de salud, servicios de salud mental o comportamiento, servicios para desorden de uso de sustancias, o asistencia pública o servicios de empleo; (3) Un oficial de aplicación de la ley designado como un enlace a la población indigente por un departamento local de policías o un departamento del alguacil dentro del estado.