



**OFFICE FOR GENETICS AND PEOPLE WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS PARA NIÑOS (CMS)**

DECLARACIÓN JURADA DE CARENCIA DE INGRESOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Número de Seguro Social, Tax ID o de Identificación de CMS del Solicitante (si aplicable): _____
Edad del Solicitante: _____
Nombre de la Persona Completando la Declaración: _____
Relación al Solicitante: _____
Fecha de Hoy: _____

Yo, _____, juro o afirmo que actualmente no tengo ningún ingreso ganado de ningún tipo. Esto incluye, pero no se limita a, ingresos de salarios o empleo independiente, ingresos de propiedades en arriendo o inversiones, desempleo, jubilación o prestaciones de seguro social, distribuciones de pensión o de cuenta individual de jubilación (IRA).

No tengo ingresos por la(s) siguiente(s) razón(es). Seleccione todas las opciones que correspondan:

- _____ No tengo trabajo y no tengo beneficios de desempleo.
- _____ He perdido otras fuentes de ingresos (por ejemplo: se terminaron los beneficios, pérdida de ingresos de inversión, pérdida de pagos de pensión alimenticia).
- _____ Tengo una condición médica que me impide trabajar.
- _____ Estoy recibiendo apoyo financiero mediante un miembro de familia, amigo o agencia/entidad.
- _____ Otro, explicar: _____

YO JURO SOLEMNEMENTE BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTA DECLARACIÓN JURADA ES VERDADERA Y COMPLETADA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Entiendo que, si se determina que mi hijo es elegible para Servicios Médicos de Niños, que deberé reportar todos y cada uno de los cambios (incluso cambios en ingresos, domicilio o miembros del hogar) dentro de 10 días hábiles a mi Coordinador de CMS o contactar a un representante de CMS al (410) 767-5588.

FIRMA (de la persona que ha completado esta declaración)

FECHA (de hoy)

Al marcar esta casilla, Yo certifico que he respondido las preguntas de esta declaración jurada lo mejor posible de mi capacidad.