



**OFICINA DE NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECÍFICA
PROGRAMA DE CHILDREN'S MEDICAL SERVICES (CMS)
DECLARACIÓN JURADA DE EMPLEO E INGRESOS**

Nombre del solicitante: _____
Número de seguro social o de CMS: _____
Edad del solicitante: _____

Nombre de quien está completando la declaración: _____
Tipo de relación al solicitante: _____
Fecha de hoy: _____

Yo, _____, juro o afirmo que _____ es un empleado en/para _____.

_____ ha estado trabajando como un _____, desde _____.

El empleado gana un ingreso bruto de \$ _____. La frecuencia del salario es _____.

Si es necesario verificar esta información, puede contactarme por teléfono al _____ o por correo electrónico _____.

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

Entiendo que, si se determina que mi hijo es elegible para Servicios Médicos de Niños, que deben 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 (del empleador / 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.