



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

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS POR TRABAJO POR CUENTA PROPIA

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 trabajo por mi propia cuenta.
Nombre del Negocio / Tipo de trabajo: _____ Fecha de Comienzo: _____

Si aplicable, marcar: Soy un subcontratista Soy dueño del negocio Soy socio del negocio

Por favor, explique su tipo de negocio o como gana sus ingresos:

Yo, calculo que mis ingresos serán \$ _____ por cada _____

*****Por favor, adjunte la declaración de impuestos de su negocio del año más reciente.*****

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

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