Maryland
DEPARTMENT OF HEALTH

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

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO

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 no puedo presentar la dirección de un domicilio físico en el estado de Maryland con el propósito de solicitar cobertura médica porque soy indigente en estos momentos.

☐ Yo, _____, no tengo los documentos requeridos por el programa de Servicios Médicos para Niños (CMS) para verificar mi domicilio en el estado por las siguientes razones:

_____

_____

_____

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 represéntate 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.