



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

**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 estoy apoyando a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo proveo a la familia una cantidad de \$ \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ para cubrir sus gastos.

**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 (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.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (del padre/representante legal del solicitante)

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

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