



**OFICINA DE NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECÍFICA
PROGRAMA DE CHILDREN’S MEDICAL SERVICES (CMS)
DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO EN MARYLAND**

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 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 Children’s Medical Services (CMS) para verificar mi domicilio en el estado por las siguientes razones *(indicar nombre de la persona con quien reside y dirección del domicilio. Debe adjuntar comprobante de residencia de aquella persona con quien residen):*

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.