



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

**DECLARACIÓN JURADA DE CARENCIA DE 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 actualmente no tengo ningún ingreso ganado de ningún tipo. Esto incluye, pero no se limita a, ingresos de salarios o empleo independiente, ingresos de propiedades en arriendo o inversiones, desempleo, jubilación o prestaciones de seguro social, distribuciones de pensión o de cuenta individual de jubilación (IRA).

**No tengo ingresos por la(s) siguiente(s) razón(es). Seleccione todas las opciones que correspondan:**

\_\_\_\_\_ No tengo trabajo y no tengo beneficios de desempleo.

\_\_\_\_\_ He perdido otras fuentes de ingresos (por ejemplo: se terminaron los beneficios, pérdida de ingresos de inversión, pérdida de pagos de pensión alimenticia).

\_\_\_\_\_ Tengo una condición médica que me impide trabajar.

\_\_\_\_\_ Estoy recibiendo apoyo financiero mediante un miembro de familia, amigo o agencia/entidad.

\_\_\_\_\_ Otro, explicar: \_\_\_\_\_

**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.