



**OFICINA DE NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECÍFICA  
PROGRAMA DE CHILDREN'S MEDICAL SERVICES (CMS)  
DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS POR CUENTA PROPIA**

**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 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 cómo 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 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.