



DECLARACIÓN JURADA (EXPLICATIVA) DE CARENCIA DE INGRESOS

FECHA: _____ IDENTIFICACIÓN DE SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O IDENTIFICACIÓN IMPOSITIVA: _____

Yo, _____, juro o afirmo que actualmente no tengo ningún ingreso ganado o no 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, pensión alimenticia o distribuciones de pensión o de cuenta individual de jubilación (IRA).

No tengo ingresos por la(s) siguiente(s) razón(es). Seleccione todas las 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 encarcelado.

Nunca he trabajado.

Por la presente certifico que las declaraciones hechas en esta declaración jurada (explicativa) de carencia de ingresos son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender.

Entiendo que si se determina que soy elegible para Medicaid o un Plan de Salud Calificado, debo reportar todos y cada uno de los cambios (incluso cambios en ingresos, domicilio, miembros del hogar o estado del embarazo) dentro de 10 días a Maryland Health Connection o a mi departamento de salud local o de servicios sociales o puedo hacerlo iniciando sesión en mi cuenta en línea en www.marylandhealthconnection.gov.

FIRMA

FECHA

No puedo firmar y escanear.