



DECLARACIÓN JURADA DE OTROS INGRESOS

Llene esta Declaración Jurada si no tiene otro documento para mostrar sus ingresos actuales o cambios recientes en sus ingresos.

FECHA: _____ ID DE LA SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____ NÚM. SEGURO SOCIAL O ID TRIBUTARIO: _____

Yo _____, juro o afirmo que el ingreso mensual actual de mi hogar es

\$_____. La fuente de estos ingresos es _____

Mi ingreso mensual ha cambiado recientemente debido a lo siguiente: _____

Entiendo que si se determina que soy elegible para recibir Medicaid o un Plan de Salud Calificado que debo informar todos y cada uno de los cambios (incluso ingresos, dirección, miembros del hogar y estado del embarazo) en un plazo de 10 días al Maryland Health Connection o a mi departamento de salud de servicios sociales de mi localidad, o puedo hacerlo ingresando en mi cuenta en línea en <http://www.marylandhealthconnection.gov>.

Por la presente certifico que las declaraciones hechas en esta declaración jurada son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender.

FIRMA

FECHA

No puedo firmar y escanear.