

ANEJO D

Auto-declaración de Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Indocumentados

	Apellidos	Nombre	Inicial
INGRESOS	Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (<i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i>)		
	<input type="checkbox"/> Yo o un adulto en mi unidad familiar recibe dinero de un trabajo por cuenta propia del cual no existe talonario Ocupación o trabajo realizado: _____ Salario mensual promedio:\$ _____		
	<input type="checkbox"/> Recibo ayuda económica o dinero de otro individuo Descripción: _____ _____		
<input type="checkbox"/> Recibo ayuda económica o dinero de alguna otra fuente para mi sustento Identifique la fuente de la asistencia: _____ Cantidad de la asistencia: _____			
RESIDENCIA	Cumpro con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (<i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i>)		
	<input type="checkbox"/> Yo vivo con un familiar o amigo Nombre de la persona con quien vive: _____ Dirección: _____		
	<input type="checkbox"/> Me encuentro sin hogar		
	<input type="checkbox"/> Me encuentro viviendo en un refugio. Nombre de la Institución: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____		
<input type="checkbox"/> Tengo una propiedad alquilada Nombre de quien le alquila la propiedad: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____			
ASEGURAMIENTO	Cumpro con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (<i>favor <u>iniciar</u></i>)		
<input type="checkbox"/> No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) para tratar u obtener los medicamentos y/o pruebas especializadas para mi condición.			

Yo, _____, certifico que toda la información que he provisto en esta auto-declaración es verdadera y correcta. Si deliberadamente doy alguna información falsa en esta auto-declaración se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y el Departamento de Salud de PR podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes. Esta certificación tendrá una vigencia de seis (6) meses transcurridos desde la fecha en que fue firmada.

Firma del Paciente

Fecha (mm/dd/aaaa)