DEPARTAMENTO DE SALUD

ANEJO E

Auto-declaración de Ingresos, Residencia y Aseguramiento para Solicitantes Sin Residencia Legal en Puerto Rico

_____
Apellidos **Nombre** **Inicial**

INGRESOS	Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (*favor iniciar la opción que le aplique*) _____ 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:$_____ _____ Recibo ayuda económica o dinero de otro individuo Descripcion:_____ _____ _____ Recibo ayuda económica o dinero de alguna otra fuente para mi sustento Identifique la fuente de la asistencia:_____ Cantidad de la asistencia:_____
RESIDENCIA	Cumplo con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (*favor iniciar la opción que le aplique*) _____ Yo vivo con un familiar o amigo Nombre de la persona con quien vive:_____ Dirección:_____ _____ Me encuentro sin hogar _____ Me encuentro viviendo en un refugio. Nombre de la Institución:_____ Dirección: _____ Teléfono: _____ _____ Tengo una propiedad alquilada Nombre de quien le alquila la propiedad: _____ Teléfono: _____ Direccion:_____
ASEGURAMIENTO	Cumplo con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (*favor iniciar*) _____ No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) para tratar u obtener los medicamentos y/o pruebas especializados 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)