AUTODECLARACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Apellidos **Nombre** **Inicial**

Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa) **Seguro Social**

INGRESOS

Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (*favor iniciar la opción que le aplique*)

_____ Trabajo a tiempo parcial o completo en: _____

Ocupación o trabajo realizado: _____

Salario mensual promedio: $_____

_____ 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

Descripción: _____

Cantidad promedio: $_____

_____ Recibo ayuda económica o dinero de alguna otra fuente para mi sustento

Identifique la fuente de la asistencia: _____

Cantidad promedio: $_____

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*)

_____ Tengo una casa/apartamento de mi propiedad

Dirección: _____

_____ Tengo una propiedad alquilada

Nombre de quien le alquila la propiedad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

_____ Yo vivo con un familiar o amigo

Nombre de la persona con quien vive: _____

Dirección: _____

_____ Me encuentro viviendo en un refugio, albergue, hogar o vivienda transitoria.

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

_____ Me encuentro sin hogar

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, pruebas especializadas y/o servicios para mi condición.

_____ Poseo una cubierta de seguro médico con:

PSGPR (Vital) / Aseguradora: _____ MPI_____ Cubierta Especial de VIH: Si ___ No ___

Aseguradora Privada: _____

Numero de Contrato: _____ Fecha de vencimiento: _____

Yo, _____, certifico que toda la información que he provisto en esta autodeclaración es verdadera y correcta. Si deliberadamente doy alguna información falsa en esta autodeclaración 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 90 días transcurridos desde la fecha en que fue firmada.

_____ _____

Firma del Paciente **Fecha** (mm/dd/aaaa)

Yo, _____, Manejador(a) de Caso de (Centro Clínico o Agencia Coordinadora) _____ certifico que toda la información provista en esta autodeclaración es verdadera y correcta según el mejor conocimiento del paciente. Que el paciente fue debidamente orientado sobre las consecuencias de ofrecer información falsa en esta autodeclaración. Que el Programa y el Departamento de Salud podrá iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes y se podrá exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa si se identifica que el centro clínico tenía conocimiento de información falsa en esta autodeclaración.

_____ _____

Firma del Manejador(a) de Caso **Fecha** (mm/dd/aaaa)