



Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad para Determinación de Elegibilidad Provisional en ADAP

	Apellidos	Nombre	Inicial
	Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Seguro Social
INGRESOS	Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (favor <u>iniciar</u> 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: \$ _____		
RESIDENCIA	Cumpló con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (favor <u>iniciar</u> 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: _____		
ASEGURAMIENTO	Cumpló con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (favor <u>iniciar</u> )		
	___ No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) para tratar u obtener los medicamentos y/o pruebas especializadas 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 del Centro Clínico \_\_\_\_\_ 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)