



DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO

Nombre:

SSN/ITIN:

☐ Yo, _____, juro o afirmo que no puedo presentar la dirección de un domicilio físico en el estado de Maryland con el propósito de solicitar cobertura médica porque soy indigente en estos momentos.

☐ Yo, _____, no tengo los documentos requeridos por Maryland Health Connection para verificar mi domicilio físico en el estado por las siguientes razones:

YO JURO SOLEMNEMENTE BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTA DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO ES VERDADERA, CORRECTA, Y COMPLETA A MI MEJOR SABER, CREER Y ENTENDER.

Fecha

Firma del Solicitante

No puedo firmar y escanear.