



DECLARACIÓN JURADA DE NO INGRESOS

FECHA: _____ NÚM. DE LA SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____ SSN O NÚM. DE IDENTIFICACIÓN FISCAL: _____

Yo _____, juro o afirmo que actualmente no tengo ningún ingreso, devengado o no devengado, de ningún tipo. Esto incluye, pero no se limita a, ingresos por salario o por trabajo por cuenta propia, ingresos derivados de un alquiler, beneficios de desempleo, pensiones, jubilación, beneficios de seguridad social, pensión alimenticia conyugal, ingresos por intereses o distribuciones de una cuenta de inversión (IRA).

Última fecha de trabajo: _____

¿Solicitó beneficios por desempleo? Si es así, ¿en qué fecha hizo la solicitud? _____

¿Se encuentra actualmente encarcelado o ha sido puesto en libertad en los últimos 30 días?

¿Está incapacitado? _____ ¿Solicitó beneficios por discapacidad? _____

Si es así, ¿en qué fecha hizo la solicitud? _____

Entiendo que si se determina que reúno los requisitos para Medicaid o un plan de salud calificado, debo reportar todos los cambios (incluyendo el ingreso, domicilio, miembros del hogar y estado de embarazo) en un plazo de 10 días a Maryland Health Connection, o a mi departamento de salud local, o los servicios sociales, o puedo hacerlo a través de Internet en mi cuenta en www.marylandhealthconnection.gov.

Solemnemente declaro bajo pena de perjurio que la información provista en esta declaración jurada de no ingresos es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha