



## DECLARACIÓN JURADA DE APOYO ECONÓMICO

Complete la siguiente declaración si está proporcionando apoyo económico a un solicitante de los programas de salud de la ciudad y el condado de San Francisco

A las personas que están proporcionando vivienda en nombre de un solicitante de los programas de salud de la ciudad y el condado de San Francisco, **podrán recibir una llamada** de un representante de la ciudad y del condado de San Francisco para confirmar que la información es verdadera y correcta. **La falta de respuesta a las llamadas de los representantes para confirmar la exactitud de la información en el formulario dará como resultado una revisión de la elegibilidad del participante.** Esta información es obligatoria sólo para confirmar el estado de residencia del solicitante en San Francisco y no se reportará al IRS o a las autoridades federales de inmigración.

### Complete: persona que proporciona el apoyo:

Apellidos:		Nombre:		Teléfono: ( )	
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Estoy proporcionando: (Marque todas las opciones que apliquen)	Efectiv <input type="checkbox"/>	Alimentos/ropa: <input type="checkbox"/>	Vivienda: <input type="checkbox"/>	Otros: _____	
Espero proporcionar estos artículos (¿por cuánto tiempo?)					
Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que la información proporcionada se utilizará para evaluar la elegibilidad del participante para varios programas federales, estatales y del condado. Comprendo que no soy responsable de ninguna cuota por los servicios médicos recibidos por el solicitante.					
Firma de la persona que proporciona el apoyo económico				Fecha	

### Solicitante que recibe el apoyo económico:

Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que la información proporcionada se utilizará para evaluar la elegibilidad para varios programas federales, estatales y del condado. Comprendo que si la información resulta ser falsa, se me hará responsable por el monto total de las cuotas por los servicios médicos recibidos.	
Firma del solicitante	Fecha