



DECLARACIÓN JURADA DE APOYO

Complete el formulario si brinda apoyo a un solicitante de los programas de salud de la ciudad y el condado de San Francisco

Si un solicitante de los programas de salud de San Francisco vive con usted, es posible que un representante lo llame. Este representante se asegurará de que la información en la solicitud sea verdadera y correcta.

Si no responde a las llamadas del representante, o si no se confirma que la información en la solicitud sea verdadera, se revisará la elegibilidad del participante. Esta información sobre la vivienda solo es necesaria para demostrar que el solicitante vive en San Francisco, y no será reportada.

Complete lo siguiente: Persona que brinda apoyo:

Apellido:		Nombre:		Teléfono: ()	
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Proporciono: (Marque todas las opciones que correspondan)	Efectivo: <input type="checkbox"/>	Comida/Ropa: <input type="checkbox"/>	Vivienda: <input type="checkbox"/>	Otro: _____	
Espero proporcionar esto (¿por cuánto tiempo?)					
Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará para verificar si el solicitante califica para diferentes programas federales, estatales y del condado. Entiendo que no seré responsable de las cuotas recibidas por el solicitante.					
Firma de la persona que brinda el apoyo				Fecha	

Solicitante que recibe apoyo:

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará para verificar la elegibilidad para diferentes programas federales, estatales y del condado. Comprendo que, si se determina que la información no es cierta, deberé pagar el monto total de las tarifas por los servicios médicos que reciba.	
Firma del solicitante	
Fecha	