



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