

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
**PROGRAMA MEDICAID**

**CERTIFICACIÓN DE ESTATUS Y AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE  
INFORMACIÓN POR PARTE DE LA OFICINA DE CIUDADANÍA  
Y SERVICIOS DE INMIGRACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo  
al Programa Medicaid a verificar toda información relacionada con mi permiso de  
residencia así como la de cualquier otro miembro de mi unidad familiar con el propósito  
de recibir o continuar recibiendo los beneficios del Programa Medicaid.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Solicitante y/o Participante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Número de la Unidad Familiar y Solicitud*

\_\_\_\_\_  
*Oficina Local*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Certificador*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*