MA-9
REV. 11/15

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

PROGRAMA MEDICAID

A: Programa Medicaid de Puerto Rico, sus afiliadas, unidades y cualquier entidad natural o jurídica con interés, declare que:

Yo, _____
Favor de escribir su nombre completo (nombre, inicial, apellidos) en letra de molde

solicitante y/o beneficiario del Programa de Medicaid de Puerto Rico _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Certifico que toda la información ofrecida al Programa Medicaid de Puerto Rico para la obtención del Plan de Salud del Gobierno es correcta. Entiendo que ofrecer información falsa con el propósito de obtener los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico constituye un acto ilegal y fraudulento que conlleva la obligación de restituir todos los fondos federales y estatales que se hayan desembolsado a mi favor. Además, conlleva la imposición de multas administrativas y otras penalidades que pudieran ser impuestas por los Tribunales de Puerto Rico. Y para que así conste firmo el presente documento en el día de hoy.

FIRMA DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL
FECHA	NÚM. DE UNIDAD FAMILIAR
NOMBRE DEL CERTIFICADOR	FIRMA DEL CERTIFICADOR