

**DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID**

A: Programa Medicaid de Puerto Rico

Yo, _____ <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Favor de escribir su nombre completo (nombre, inicial, apellidos) en letra de molde</div> solicitante y/o beneficiario del Programa de Medicaid de Puerto Rico certifico que:
--

Mi fecha de nacimiento es:	de	de	
	Día	Mes	Año

Mi lugar de nacimiento es:	País
----------------------------	------

<p>Y que no puedo proveer ninguna de las siguientes evidencias con las cuales pueda demostrar mi edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Certificado de nacimiento o de matrimonio Licencia de Conducir Pasaporte Documentos de la Administración del Seguro Social o de la Milicia Certificado de nacimiento de un hijo de 50 años o más (esto para las personas de 65 años o más) Certificado de Bautismo y/o Confirmación Otro

<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es obligación del beneficiario informar al Programa Medicaid de Puerto Rico cualquier cambio que ocurra en su Núcleo Familiar tales como: aumento o disminución de ingresos o recursos económicos, cambio de residencia, si posee otra(s) cubierta(s) o plan(es) de seguro médico, cambios en la composición familiar (fallecimientos, nacimientos), entre otros. El beneficiario informará el cambio en cualquiera de nuestras oficinas del Programa Medicaid en o antes de 30 días de ocurrido el cambio. 2. Toda persona que incurra en fraude con fines de obtener los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico podrá ser excluido como participante y podrá ser referido a la Unidad de Fraude del Programa Medicaid de Puerto Rico, a la Oficina de Asesores Legales del Departamento de Salud y/o al Departamento de Justicia Estatal y Federal.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

NOMBRE DEL CERTIFICADOR

FIRMA DEL TESTIGO

NÚM. DE UNIDAD FAMILIAR

FIRMA DEL CERTIFICADOR