

**DEPARTAMENTO DE SALUD  
PROGRAMA MEDICAID**

A: Programa Medicaid

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:

Que mi número de Seguro Social es: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

Y que no poseo ningún de los siguientes documentos como evidencia del mismo:

1. Tarjeta del Seguro Social
2. Talonario de Empleo
3. Comunicación (Correspondencia) Oficial de la Administración del Seguro Social
4. Tarjeta de Medicare si el asegurado principal es el solicitante (Esto va a cambiar en el futuro)
5. W-2
6. Forma 480
7. Planilla de Contribución sobre Ingresos
8. Planilla de pago de Seguro Social

Y que no puedo proveer evidencia de número de seguro social por las siguientes razones:

- Rehúsa obtener un número debido a razones religiosas
- Es un recién nacido
- Recibe "Refugee Cash Assistance"
- Ha solicitado el número del Seguro Social y está en proceso de obtener el mismo. (muestra evidencia de ello)
- La persona es inelegible para obtener un número de Seguro Social
- Es un niño removido por el Departamento de la Familia
- Es víctima de violencia doméstica – Oficina de la Procuradora de la Mujer.
- Es una persona sin hogar (deambulante)
- Ex Convicto
- Salud Mental

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.

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.

<input type="checkbox"/> FIRMA DEL SOLICITANTE O <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE AUTORIZADO	FIRMA DEL TESTIGO
FECHA	NÚM. DE UNIDAD FAMILIAR
NOMBRE DEL CERTIFICADOR	FIRMA DEL CERTIFICADOR