



Declaración de Identidad

Este formulario es para personas que son ciudadanos de los Estados Unidos

Nombre del Caso: _____ Identificación del Caso: _____

Debido a un cambio en la ley federal, debemos confirmar la identidad de cada ciudadano de los Estados Unidos que solicita o recibe beneficios médicos. Por favor provea **UNO** de los siguientes documentos indicados a continuación para cada ciudadano de los Estados Unidos para el cual usted está solicitando o recibiendo beneficios médicos.

Estos documentos tienen que ser originales o copias certificadas, debido a reglamento federal, no nos permiten aceptar fotocopias de sus documentos.

• Pasaporte de los Estados Unidos	• Identificación del Estado o licencia de manejar
• Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos - (Formulario N-560 o N-561)	• Certificado de Naturalización (Formulario N-550 o N-570)
• Identificación militar o registro militar	• Tarjeta de dependiente militar
• Documentos de tribu si es nativo o indio americano con una foto o información tal como nombre, edad, raza, peso, estatura, color de ojos	• Tarjeta de identificación dada por el gobierno federal, estatal o local con una foto o información tal como nombre, edad, raza, peso, estatura, color de ojos
• Identificación de la escuela con foto	• Tarjeta de Identificación de Guardacostas de los Estados Unidos o de Marino Mercante

PARA NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS DE EDAD QUE SON CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Se aceptan registros de la escuela y de la guardería o cuidado de niños.

Si usted no puede conseguir alguno de los documentos indicados arriba para un niño menor de 16 años de edad, por favor escriba el nombre de los niños en el cuadro siguiente y marque la casilla para indicar si usted es el padre o tutor legal del niño. Si usted no es el padre o tutor legal, marque *otro* y escriba su parentesco con el niño.

Nombre Completo del Niño (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____	Su Parentesco con el Niño (Marque uno) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de Nacimiento del Niño _____	
Lugar de Nacimiento del Niño _____ Ciudad	Estado

Nombre Completo del Niño (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____	Su Parentesco con el Niño (Marque uno) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de Nacimiento del Niño _____	
Lugar de Nacimiento del Niño _____ Ciudad	Estado

Declaración Jurada

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que la identidad de las personas indicadas arriba es correcta.

Firma

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario, llame sin cargos a su trabajador(a) al _____