



# Declaración de Buena Fe

Identidad & Ciudadanía de los Estados Unidos

**Este formulario es para personas que son ciudadanos de los Estados Unidos, no aplica a personas que no son ciudadanos**

Nombre del Caso \_\_\_\_\_ Identificación del Caso \_\_\_\_\_

Los ciudadanos de los Estados Unidos que solicitan o reciben cobertura médica deben comprobar su ciudadanía e identidad. Si no puede obtener los documentos que le pedimos, dígame al trabajador(a) de su caso. Puede haber otros documentos que puede usar para demostrar que usted o el miembro de su familia es ciudadano de los Estados Unidos.

**Si no puede proveer los documentos, por favor díganos por qué.** Complete la información siguiente para cada miembro de su hogar que recibe cobertura médica y no tiene comprobantes de ciudadanía e identidad. Firme y devuelva el formulario a:

**DHS Verification Unit, 401 S Clinton, 6th floor, Chicago, IL 60607.**

**Nombre de nacimiento** (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento (estado, condado y ciudad): \_\_\_\_\_

Nombre del padre (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_

Díganos por qué usted no puede conseguir comprobantes de ciudadanía e identidad: \_\_\_\_\_

**Nombre de nacimiento** (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento (estado, condado y ciudad): \_\_\_\_\_

Nombre del padre (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_

Díganos por qué no puede conseguir comprobantes de ciudadanía o identidad: \_\_\_\_\_

**Nombre de nacimiento** (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento (estado, condado y ciudad): \_\_\_\_\_

Nombre del padre (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre (nombre completo y apellido): \_\_\_\_\_

Díganos por qué no puede conseguir comprobans de ciudadanía o identidad: \_\_\_\_\_

**Use una hoja de papel separada para miembros adicionales de su familia**

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que la información de cada persona indicada arriba es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois y el Departamento de Servicios Humanos pueden tratar de obtener registros vitales u otra documentación necesaria para las personas indicadas arriba. También entiendo que debo continuar tratando de obtener los documentos originales o certificados, a menos que las agencias mencionadas arriba me informen que ya tienen la documentación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_