

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

A: Programa Medicaid de Puerto Rico

Yo, _____ Favor de escribir su nombre completo (nombre, inicial, apellidos) en letra de molde	
Certifico que las personas que viven en la misma casa (bajo el mismo techo, <i>incluyéndome</i>) son las siguientes:	
Persona 1: Escriba el nombre y los apellidos de la persona que vive en la misma casa y marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Solicitante o beneficiario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s) menor de 19 años (0-18 años de edad) <input type="checkbox"/> Hijo(s) de 20 a 21 años (19-20 años de edad) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Hermano(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Hermanastro(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Otro	Persona 2: Escriba el nombre y los apellidos de la persona que vive en la misma casa y marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Solicitante o beneficiario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s) menor de 19 años (0-18 años de edad) <input type="checkbox"/> Hijo(s) de 20 a 21 años (19-20 años de edad) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Hermano(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Hermanastro(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Otro
Persona 3: Escriba el nombre y los apellidos de la persona que vive en la misma casa y marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Solicitante o beneficiario <input type="checkbox"/> Cónyuge de la persona que solicita o se recertifica <input type="checkbox"/> Hijo(s) menor de 19 años (0-18 años de edad) <input type="checkbox"/> Hijo(s) de 20 a 21 años (19-20 años de edad) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Hermano(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Hermanastro(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Otro	Persona 4: Escriba el nombre y los apellidos de la persona que vive en la misma casa y marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Solicitante o beneficiario <input type="checkbox"/> Cónyuge de la persona que solicita o se recertifica <input type="checkbox"/> Hijo(s) menor de 19 años (0-18 años de edad) <input type="checkbox"/> Hijo(s) de 20 a 21 años (19-20 años de edad) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Hermano(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Hermanastro(a) menor de edad <input type="checkbox"/> Otro

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 o las agencias administrativas locales o federales.

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 un término no mayor de 30 días después de haber ocurrido el cambio.
2. Toda persona que incurra en fraude o abuso con el fin 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 del Representante autorizado

Fecha: _____

Nombre del Certificador: _____

Firma del Testigo

Núm. de Núcleo Familiar: _____

Firma del Certificador: _____

Nota: Si en su casa viven más de 4 personas, favor de utilizar otra hoja.