

**DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID DE PUERTO RICO**

Yo, _____
Favor de escribir su nombre completo (nombre, inicial, apellidos) en letra de molde

Solicitante o Beneficiario del Programa de Medicaid de Puerto Rico **Certifico** que el **INGRESO** de cada una de las personas que viven en la misma casa (bajo el mismo techo) es el siguiente:

<p>Persona 1: Escriba el nombre y los apellidos de la persona que vive en la misma casa e indique la cantidad si aplica a usted:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes como Empleado (a tiempo completo, parcial u ocasional): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes por Bonos (incluye Bono de Navidad), Propinas, Comisiones: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes por Pensión de Retiro, Anualidades, Cuenta de Retiro, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes por Seguro Social: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Neto al Mes de Trabajar por Cuenta Propia o por Negocio Propio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Neto al Mes por trabajo o negocio Agropecuarios (Agricultura, Ganadería, Pecuario/Pesca, Apicultura/Abejas, Avicultura/Aves, Caficultor/Café, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso en el Mes por Desempleo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero al Mes por Pensión de Ex-cónyuge: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en el Mes como Jurado: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero recibido en el Mes por una Demanda, Reclamación Acuerdo o Transacción, Pago Retroactivo del Empleo/Trabajo o del Seguro Social, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero recibido en el Mes por Premios, Juegos de Azar, Premios de Lotería, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero Neto al Mes por Renta de Propiedad: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero Neto al Mes por Regalías (Autor): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso al Mes de la Administración de Veteranos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso al Mes por Pensión de Alimentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Ingresos o Dinero recibido al Mes por concepto de _____: cantidad _____</p>	<p>Persona 2: Escriba el nombre y los apellidos de la persona que vive en la misma casa y marque las que apliquen:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes como Empleado (a tiempo completo, parcial u ocasional): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes por, Bonos (incluye Bono de Navidad), Propinas, Comisiones: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes por Pensión de Retiro, Anualidades, Cuenta de Retiro, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Bruto al Mes por Seguro Social: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Neto al Mes de Trabajar por Cuenta Propia o por Negocio Propio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Neto al Mes por trabajo o negocio Agropecuarios (Agricultura, Ganadería, Pecuario / Pesca, Apicultura / Abejas, Avicultura / Aves, Caficultor / Café, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso en el Mes por Desempleo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero al Mes por Pensión de Ex-cónyuge: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en el Mes como Jurado: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero recibido en el Mes por una Demanda, Reclamación Acuerdo o Transacción, Pago Retroactivo del Empleo/Trabajo o del Seguro Social, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero recibido en el Mes por Premios, Juegos de Azar, Premio de Lotería, etc.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero Neto al Mes por Renta de Propiedad: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero Neto al Mes por Regalías (Autor): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso al Mes la Administración de Veteranos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso al Mes por Pensión de Alimentos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros Ingresos o Dinero recibido al Mes por concepto de _____: cantidad _____</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 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 <input type="checkbox"/> Solicitante, <input type="checkbox"/> Beneficiario o <input type="checkbox"/> Representante Autorizado	_____ Firma del Testigo
Fecha: _____	Núm. de Núcleo Familiar: _____
Nombre del Certificador: _____	Firma del Certificador: _____