

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

A: Programa Medicaid de Puerto Rico, declaro que:

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

solicitante y/o beneficiario del Programa Medicaid de Puerto Rico _____

Certifico que toda la información ofrecida al Programa Medicaid de Puerto Rico para 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 hay 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 otras(s) cubiertas(s) o plan(es) de seguro médico, cambios en la composición familiar (fallecimientos, nacimientos), entre otros. El beneficiario informará el cambio den 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 podría 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 Departamento de Justicia Estatal y Federal.

☐ FIRMA DEL SOLICITANTE	☐ REPRESENTANTE AUTORIZADO	FIRMA DEL TESTIGO	
FECHA		NÚM. DE UNIDAD FAMILIAR	
NOMBRE DEL CERTIFICADOR		FIRMA DEL CERTIFICADOR	