

Declaración por Escrito de Falta de Ingresos

CLIENTE:	FECHA:	ID DE PERSONA EN HEAPLUS:	ID DE SOLICITUD:
----------	--------	------------------------------	------------------

Instrucciones:

Use este formulario cuando un cliente de AHCCCS no tenga ingresos reportados. Proporcionar información completa ayuda a determinar la elegibilidad para la Asistencia Médica de AHCCCS.

Información Sobre las Necesidades Básicas

¿Cómo se cubren sus necesidades básicas?

1. Situación actual de vivienda:

2. ¿Es responsable de pagar dinero para permanecer en su situación actual de vivienda?

☐ Sí. ¿cómo está pagando por esto?

☐ No.

3. ¿Paga por los alimentos?

☐ Sí. ¿cómo está pagando los alimentos?

☐ No. ¿cómo obtiene los alimentos?

4. Proporcione cualquier información adicional sobre cómo se cubren sus necesidades básicas:

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos proporcionados acerca de mí y de las personas que viven en mi hogar, relacionados con mi elegibilidad para beneficios, son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender, y que no he ocultado ninguna información.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO (SOLO SI EL CLIENTE FIRMÓ CON UNA MARCA)	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA