

MVP HEALTH PLAN USE ONLY | SOLO PARA USO DE MVP HEALTH PLAN

Head of Household Name: _____ FEEA App ID: _____

Nombre: _____ App. Reg/Case #: _____
(Solo para uso de DSS)

Número de Seguro Social: XXX-XX-____

Dirección: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Complete la información debajo sólo si usted no tiene otra manera para documentar su ingreso.

Todas las cajas debajo deben ser marcadas y todas las preguntas contestadas. Si usted no completa este formulario su aplicación puede ser negada.

- Recibo mi salario en efectivo.
- No recibo cheques de sueldo.
- No recibo comprobantes de sueldo.
- No puedo obtener una carta de mi empleador. **Explique porqué:** _____

Mi ingreso en efectivo es \$ _____ Cada cuánto (semanal, mensual etc.) _____

Empleador actual: _____

Los solicitantes/recipientes deben leer lo siguiente y firmar debajo

Certifico que no tengo ninguna otra forma de documentar los ingresos antes citados y que toda la información en la presente solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se usará para determinar si cumpla con los requisitos de todos los programas públicos de seguros de salud. Entiendo que los funcionarios correspondientes pueden verificar la información de este formulario. También entiendo que si doy declaraciones de ingresos falsas intencionalmente, podría tener que devolver los beneficios recibidos y ser procesado bajo las leyes estatales.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Facilitated Enrollers must read the following and sign below

I certify that I asked the applicant/recipient about all sources of income received by the household and, before using this form, used best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me. I did not modify the information in any way. I understand that if I intentionally falsified information on this form or if I assisted the applicant in falsifying any information, I may lose my job and may be prosecuted under State law.

Name: _____ Signature: _____ Date: _____