



DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS EN ESPECIE
 Complete esta declaración si brinda ayuda a un solicitante del programa My Health LA (MHLA)

Nombre del paciente: _____
 N.º de identificación del participante: _____

Estimado(a) _____:

Se nos proporcionó su nombre como proveedor de ingresos en especie para la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Llene el breve cuestionario y envíelo de vuelta a mi atención tan pronto como sea posible utilizando el sobre con dirección adjunto.

Le agradecemos de antemano su cooperación.
 Atentamente,

 Consejero de inscripción de California

 Fecha

Llene la siguiente información: Persona que brinda la ayuda:

Apellido:		Nombre:		N.º de teléfono: ()	
Domicilio:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Yo proporciono: (Marque todas las casillas que correspondan)	Servicios públicos <input type="checkbox"/>	Alimentos <input type="checkbox"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Especifique la cantidad y la frecuencia: _____	
Espero proporcionar dichos artículos (¿durante cuánto tiempo?)			Elija uno: Ganado <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/>		
¿El solicitante vive con el proveedor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará para evaluar la elegibilidad del solicitante para diversos programas federales, estatales y del condado. Entiendo que no seré responsable de ningún cargo por los servicios médicos que reciba el solicitante.					
_____ Firma de la persona que brinda la ayuda			_____ Fecha		

Solicitante que recibe la ayuda:

Declaro que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. La información proporcionada se utilizará para evaluar la elegibilidad para diversos programas federales, estatales y del condado. Entiendo que si se descubre que la información es falsa, seré responsable de pagar la totalidad de los cargos por los servicios médicos recibidos.	
_____ Firma del solicitante	_____ Fecha