Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

Estimado/a

REF: Identidad de

Por favor llene la *Declaración juramentada la identidad* para la persona mencionado anteriormente. Una nueva ley federal exige que el Department of Human Services verifique la ciudadanía de EE.UU. y la identidad de todos los ciudadanos de los EE.UU. que obtienen Medicaid.

Por favor devuelva este formulario antes del _____. Si necesita más tiempo para devolver el formulario, por favor llámame antes de la fecha límite e infórmeme. Si no devuelve el formulario o no pide más tiempo antes del plazo, podrá cancelarse o nagarse el Medicaid para este persona. Si tiene alguna duda, por favor llámame al número que aparece abajo.

Gracias.

Cordialmente,

_____
Trabajador de Mantenimiento de Ingreso

_____
Teléfono

_____
E-Mail

Anexos

Trabajador No. _____

Identificación del Estado _____

Número del caso _____

Iowa Department of Human Services

Affidavit of Identity
(Declaración juramentada de identidad)

1. Información acerca del menor de 16 años o persona incapacitada

Por favor use letra de imprenta.

Nombre
Lugar de nacimiento (listar ciudad y estado)
Fecha de nacimiento

2. Información sobre el padre o guardián, pariente especificado o administrador RCF

Nombre del padre, guardián, pariente especificado o administrador RCF

Yo soy el padre, pariente especificado (para un menor) o administrador RCF (para una persona incapacitada) de la persona mencionada anteriormente. Certifico que la anterior información es verdadera y correcta.

3. Firma

Esta declaración jurada es firmada bajo la gravedad del perjurio.

Firma del padre, guardián, pariente especificado o administrador RCF	Fecha