

Nombre del caso: _____
Identificación del caso: _____
N.º de administrador: _____

Declaración del solicitante de residencia en Carolina del Norte

Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____

Quien suscribe, _____, declara que no le es posible suministrar dos documentos de verificación de residencia en el estado de Carolina del Norte.

Por el presente declaro que la información precedente es verdadera y correcta. Entiendo que este formulario de declaración se usa para verificar si cumplo con los requisitos de residencia en el estado de Carolina del Norte para poder recibir los beneficios de Medicaid. Entiendo que si suministro información falsa o que conduzca a engaño en esta declaración, es posible que Medicaid efectúe pagos a los cuales no habría tenido derecho y que se me apliquen sanciones civiles y penales.

Firma

Fecha

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____