

Declaración jurada de residencia de Colorado
Denver Health and Hospital Authority

MI NOMBRE ES: _____
Indique el nombre completo legal de la persona que proveerá residencia para la persona solicitando el programa de CICP.

RESIDO EN: _____
Calle Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal Condado

MIS NÚMEROS DE TELÉFONOS SON: _____ / _____ / _____
Casa Celular Trabajo

EL NOMBRE DEL SOLICITANTE DE CICP (“Solicitante”) es: _____

(Marque el que corresponda):

- El solicitante usa mi dirección como dirección de correo, pero no vive conmigo.
- El solicitante usa mi residencia para guardar sus pertenencias y/o ocasionalmente para ducharse, comer, etc., pero no vive conmigo.
- El solicitante ocasionalmente (dos veces por semana o menos) se aloja en mi residencia.
- El solicitante vive conmigo, NO está incluido como prestatario en mi hipoteca NI está incluido como inquilino en mi contrato de arrendamiento. El solicitante paga una parte de los gastos de la casa.
- El solicitante reside conmigo pero NO está incluido como prestatario en mi hipoteca NI está incluido como inquilino en mi contrato de arrendamiento. El solicitante no se le exige que pague ninguna parte de los gastos de la casa.

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO proporcionar a Denver Health documentación que compruebe mi residencia en la dirección que se indica anteriormente.

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO que Denver Health verifique la exactitud de la información proporcionada en esta Declaración Jurada a través de fuentes independientes.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN INDICADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO QUE, SI TENGO CONOCIMIENTO DE QUE CUALQUIER PARTE DE LA INFORMACIÓN ES FALSA, PUEDO ESTAR COMETIENDO UN DELITO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA AL HOSPITAL Y PUEDO SER SANCIONADO CON TODO EL RIGOR DE LA LEY.

Firma de la persona que proveerá residencia al solicitante

Fecha

Firma de la persona que solicita de CICP

Fecha

Firma del especialista del inscripciones

Fecha