



OKLAHOMA
Health Care Authority

DECLARACIÓN DE NO TENER INGRESOS

FORM

OHCA requiere prueba de ingresos o falta de ingresos para cualquier persona mayor de 16 años. Utilice esta plantilla para declarar que usted, cualquier persona mayor de 16 años que viva en su hogar o cualquier otra persona no tiene ingresos.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del Miembro _____

Complete uno de los siguientes campos:

Nº de caso de SoonerCare _____ Nº de ID de miembro _____

Nº de seguro social _____

DECLARACIÓN DE NO INGRESOS PARA USTED MISMO

Yo, _____, certifico que no estoy trabajando y que no tengo otras
(Su nombre)
fuentes de ingresos. No he estado empleado, no he trabajado por cuenta propia, no he realizado trabajos ocasionales ni he tenido ninguna otra fuente de ingresos, incluidos los ingresos no procedentes del trabajo, como el Seguro Social, desempleo, alquileres o inversiones, durante los últimos 30 días.

DECLARACIÓN NO INGRESOS PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 16 AÑOS QUE VIVEN EN SU HOGAR U OTRA PERSONA

Yo, _____, certifico que _____ no
(Your name) (Other member name/s)
está/están trabajando y no tiene/tienen otras fuentes de ingresos.

FIRMA

La información que proporciono en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Me doy cuenta de que si hago una declaración falsa o tergiversa hechos para recibir beneficios o pagos bajo el programa Medicaid, puedo ser castigado legalmente por fraude y/o perjurio. Es posible que también tenga que reembolsar al Estado de Oklahoma cualquier pago o reclamo incurrido que se haya pagado en base a las declaraciones que hice en este documento. (OAD 317:35-13-6 and OAC 317:35-13-7).

Firma del miembro, firma de su representante autorizado o firma de un tercero

(Número de teléfono)

(Fecha)



ADDRESS
4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES
oklahoma.gov/OHCA
mysoonerCare.org



PHONE
Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767