

JPS Health Network
Verificación de Asistencia y Residencia para
el Programa de JPS Connection

Necesita completar este formulario solamente si el solicitante está siendo mantenido por otro individuo.

Yo, _____ verifico que _____
Nombre de la persona que provee la ayuda Nombre completo del solicitante

Número de expediente médico del paciente _____ y/o número de seguro social _____

vive en _____
Domicilio del solicitante Ciudad / Código Postal

Asistencia Financiera: Yo proveo ayuda financiera al solicitante. Sí No

Este individuo fue reclamado como mi dependiente en mi más reciente declaración de impuestos. Sí No

¿El solicitante tiene trabajo? _____ Nombre del empleador _____

¿El solicitante tiene otra fuente de ingresos? _____ ¿Si responde sí, cuánto? _____

Yo proveo al solicitante lo siguiente: Comida Artículos personales Transporte
 Efectivo/Cheque \$ _____ por semana o mes Otro _____

¿Paga renta u otras facturas para el solicitante? _____ ¿Si responde sí, cuánto y cuán a menudo? _____

Asistencia con vivienda

- El solicitante vive en mi casa en el condado Tarrant.
- No me paga renta.
- Paga _____ para ayudar con la renta y servicios públicos.

¿Por cuánto tiempo ha vivido el solicitante en su domicilio? _____

¿El solicitante tiene otra residencia? _____ ¿dónde? _____

Documentación adjunta de la persona que provee la ayuda:

- Provea identificación con fotografía (ejemplo: permiso para conducir)
- Provea prueba de residencia (ejemplo: facturas de servicios, contrato de renta o documentación de propiedad)

Parentesco con el solicitante: _____

Certifico que la información mencionada arriba es verdadera y correcta. “Entiendo que cualquiera que a sabiendas mienta o tergiverse la verdad o haga arreglos para que alguien intencionalmente mienta o tergiverse la verdad al llenar esta solicitud, está cometiendo un crimen que puede ser castigado por las leyes federales y/o estatales. Hasta donde yo sé, toda la información de esta solicitud es verdadera.

Firma-Persona que provee la ayuda: _____
Dirección, ciudad, estado, código postal: _____
Número telefónico: _____
Fecha en que se firmó: _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO Y AUTORIZADO ANTE UN NOTARIO.

State of Texas County of _____

Before me, a notary public, on this day personally appeared _____, known to me to be the person whose name is subscribed to the foregoing document and, being by me first duly sworn, declared that the statements therein contained are true and correct.

Notary Public’s Signature (Personalized Seal)