

DECLARACION DE IDENTIDAD PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD
STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE

Esta Declaración podría ser usada solamente para satisfacer la nueva regla de prueba de **identidad** de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services para niños menores de 18 años de edad. Esta declaración no podría ser usada para satisfacer la regla de prueba de ciudadanía de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/Family Planning Only Services.

Instrucciones: En el espacio provisto a continuación, haga una lista de todos los niños menores de 18 años de edad en su hogar para quienes usted es el padre/madre de familia, guardián o pariente provisional. Para cada niño en su lista, incluya la fecha de nacimiento del niño y el lugar de nacimiento (ciudad, estado y país). **Complete, firme y devuelva esta declaración a su oficina local de Medicaid/BadgerCare Plus/ Family Planning Only Services**

Nombre Completo del Niño (Nombres y Apellidos)	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____
13. _____	_____	_____
14. _____	_____	_____

Información identificable personalmente se usará solamente para la administración directa del Programa Medicaid.

Al firma esta declaración, certifico bajo pena de perjurio y juramento falso, que la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender. Yo comprendo que la agencia local podría ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para confirmar la exactitud de mi declaración.

FIRMA _____ Fecha de la firma _____
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)

Escriba su nombre en letras de molde _____ Número de Caso _____
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)