

## DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA CITIZENSHIP AFFIDAVIT

- Esta declaración debe usarse sólo si usted es incapaz de brindar una prueba primaria de ciudadanía, como un pasaporte o certificado de nacimiento.
- Para ser elegible para Medicaid, usted **debe** completar y firmar **dos** formularios de Declaración de Ciudadanía.
  - Sólo **una** persona que afirme su ciudadanía puede estar relacionada con usted.
- Si se solicita, **cada amigo o pariente** que firme el formulario de Declaración de Ciudadanía en apoyo del cliente debe brindar una prueba de:
  - Ciudadanía (certificado de nacimiento); e
  - Identidad (ejemplos: licencia de conducir, identificación militar, identificación estatal).

<b>CLIENTE</b>	
NOMBRE (OTRA PERSONA INFORMADA, SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
<p>Soy incapaz de brindar/obtener un certificado de nacimiento u otra prueba documentada de ciudadanía porque:</p>          <p><b>Declaro, bajo pena de perjurio de las leyes del Estado de Washington, que la información en esta declaración es verdadera y correcta.</b></p>  <p>_____</p> <p><b>FIRMA DEL CLIENTE</b></p> <p>Firmado este _____ día de _____ 20____,</p> <p>en _____ Washington.</p>	

<b>AMIGO O PARIENTE</b>	
NOMBRE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)	RELACIÓN CON EL CLIENTE (SI CORRESPONDE)
<p>Sé que el cliente indicado arriba es un ciudadano de los Estados Unidos porque:</p>          <p><b>Declaro, bajo pena de perjurio de las leyes del Estado de Washington, que la información en esta declaración es verdadera y correcta.</b></p>  <p>_____</p> <p><b>FIRMA</b></p> <p>Firmado este _____ día de _____ 20____,</p> <p>en _____ Washington.</p>	