

Estimado/a

REF: Ciudadanía de los EE.UU. de

Por favor, complete la *Declaración Jurada de Ciudadanía* que se adjunta para la persona nombrada arriba. Debe ser completada por alguien (diferente a la persona nombrada arriba) que esté en conocimiento que la persona mencionada en la referencia es ciudadana estadounidense.

Por favor devuelva esta formulario antes del _____. Si necesita más tiempo para devolver el formulario, por favor llámame antes de la fecha límite e infórmeme. Si usted no devuelve este formulario ni pide más tiempo antes de la fecha de presentación, los beneficios de Medicaid/*hawk-i* o de planificación familiar de esa persona serán cancelados o denegados. Si tiene alguna duda, por favor llámame al número que aparece abajo.

Gracias.

Cordialmente,

Trabajador de Mantenimiento de Ingreso

Teléfono

E-Mail

Anexos

Trabajador No. _____

Identificación del Estado _____

Número del caso _____

Iowa Department of Human Services

**Affidavit of Citizenship
(Declaración jurada de ciudadanía)**

1. Información sobre la persona que llena este formulario

Nombre completo (letra de imprenta)

2. Información sobre la persona que necesita la verificación de su ciudadanía estadounidense

Nombre completo de la persona que necesita para verificar la ciudadanía (por favor imprima)
Lugar de nacimiento de la persona (listar ciudad y estado)
Fecha de nacimiento de la persona

3. **Certifico que la anterior información es verdadera y correcta.**

Esta declaración jurada es firmada bajo la gravedad del perjurio.

Firma de la persona que llena el formulario	Fecha
---	-------