Department of HUMAN SERVICES

Estimado/a

REF: Identidad de

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

Por favor devuelva este 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 el formulario ni pide más tiempo antes de la fecha de presentación, los beneficios de Medicaid/***hawk-i*** o de planificación familiar para 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 Identity
(Declaración juramentada de identidad)

1. Información sobre la persona que necesita la verificación de su identidad

Nombre completo de la persona que necesita verificar su identidad (escriba en letra de molde)
Fecha de nacimiento o edad de la persona
Otra información de identificación de la persona; p. ej., sexo, raza, altura, peso, color de ojos

2. Información sobre la persona que completa este formulario

Nombre completo (en letra de molde)

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta.

3. Firma

Esta declaración jurada es firmada bajo la gravedad del perjurio.

Firma de la persona que completa el formulario	Fecha