

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., género, 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
--	-------