

Solicitud complementaria para el CMSP – Declaración de firma telefónica

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información que figura en este documento es veraz, correcta y completa.

Certificación

- Comprendo las preguntas y declaraciones en este formulario.
- Comprendo que cualquier dato que he suministrado, incluidos los datos relativos a beneficios e ingresos, será comparado con la información que figura en los registros locales, estatales y federales, como por ejemplo registros de empleadores, la Administración del Seguro Social, organismos fiscales, agencias de asistencia social, agencias de empleo, etc.
- Comprendo que el condado enviará información al Servicio de Ciudadanía e Inmigración (USCIS) para verificar la condición de no ciudadano y a la Administración de Seguridad Social para verificar la información de sitios de trabajo para no ciudadanos que solicitan beneficios.
- Comprendo que la información que el condado recibe de la USCIS o Seguridad Social podría afectar mis beneficios de elegibilidad.
- Comprendo que la información que he dado en este formulario, incluyendo los datos de beneficios e ingresos, está sujeta a investigación y comprobación por personal del condado, del estado y federal y, si doy datos incorrectos o incompletos, mis beneficios podrían ser denegados o cancelados y yo podría ser procesado por proporcionar información falsa y, posiblemente, por fraude y por recibir beneficios a los que no tengo derecho.
- Comprendo que se me puede pedir que valide mis declaraciones y que mi elegibilidad puede estar sujeta a una revisión.
- Comprendo que debo informar todos los cambios de ingresos, propiedad u otros cambios al condado dentro de un plazo de 10 días a contar de la fecha en que se produjeran estos cambios.
- Comprendo que se puede exigir a cualquier miembro adulto del núcleo familiar (aun si se fuera del hogar), al patrocinador de un miembro del núcleo familiar que no sea ciudadano o al representante autorizado de un residente en una institución elegible que devuelva cualquier beneficio que el núcleo familiar o cualquiera de sus miembros hubiera recibido sin tener derecho a ello.
- Comprendo que mi caso podría ser seleccionado para una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente determinada y que debo cooperar totalmente con el personal del condado, estado o federal en cualquier investigación o comprobación, incluida una comprobación de control de calidad.
- Comprendo que cualquier miembro de mi núcleo familiar que esté evadiendo o escapando de la ley para evitar un procesamiento por delito mayor, detención o encarcelamiento luego de su condena o está en violación de su libertad condicional o libertad bajo fianza no es elegible para los beneficios.
- Comprendo estas declaraciones y autorizo la firma del formulario CMSP 215 Supplemental Application
- Marcar indica acuerdo verbal por parte del solicitante

Empleado del condado:	Número de caso:	Nombre del solicitante: