

AFFIDAVIT



I, _____ living at (address) _____
(city, county, state) _____ certify that the statement given below
about my income is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Name of Applicant: _____

Gross monthly income: _____

Source(s) of income: _____

Name of person who is financially supporting you: _____

Gross monthly income: _____

Source(s) of income: _____

**I understand that any false information will result in the cancellation of
my application/coverage in the Kaiser Permanente Child Health Plan.**

Applicant Signature: _____ Date: _____

Print Applicant Name: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

Print Witness Name: _____

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ domiciliado en (dirección) _____
(ciudad, condado, estado) _____ certifico que la declaración a
continuación acerca de mis ingresos es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del padre or tutor legal: _____

Ingresos brutos mensuales: _____

Fuente(s) de los ingresos: _____

Nombre del cónyuge o de la pareja de hecho: _____

Ingresos brutos mensuales: _____

Fuente(s) de los ingresos: _____

**Entiendo que proporcionar cualquier tipo de información falsa resultará en la
cancelación de mi solicitud/cobertura con el Kaiser Permanente Child Health Plan.**

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letras de molde): _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre (en letras de molde): _____