

# 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): \_\_\_\_\_