

**STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE
DECLARACION DE IDENTIDAD PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD**

Esta Declaración podría ser usada solamente para satisfacer la nueva regla de prueba de **identidad** de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services para niños menores de 18 años de edad. Esta declaración no podría ser usada para satisfacer la regla de prueba de ciudadanía de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services.

Instrucciones: En el espacio provisto a continuación, haga una lista de todos los niños menores de 18 años de edad en su hogar para quienes usted es el padre/madre de familia, guardián o pariente provisional. Para cada niño en su lista, incluya la fecha de nacimiento del niño y el lugar de nacimiento (ciudad, estado y país).

Complete, firme y devuelva esta declaración a su oficina local de Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services.

Nombre Completo del Niño (Nombres y Apellidos)	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____
13. _____	_____	_____
14. _____	_____	_____

Información identificable personalmente se usará solamente para la administración directa del Programa Medicaid.

Al firma esta declaración, certifico bajo pena de perjurio y juramento falso, que la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender. Yo comprendo que la agencia local podría ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para confirmar la exactitud de mi declaración.

FIRMA _____ Fecha de la firma _____
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)

Escriba su nombre en letras de molde _____ Número de Caso _____
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)