

# MEDI-CAL RESIDENCY DECLARATION

(COUNTY STAMP)

Date: \_\_\_\_\_  
 Case name: \_\_\_\_\_  
 Case number: \_\_\_\_\_  
 Worker name: \_\_\_\_\_  
 District: \_\_\_\_\_

EVERY APPLICANT FOR MEDI-CAL IS REQUIRED TO ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ABOUT RESIDENCY. PLEASE ANSWER "YES" OR "NO" TO QUESTIONS ONE THROUGH SIX AND SIGN AND DATE THE FORM BELOW.

	YES	NO
1. Do you or any family member own, lease, or maintain a home outside California?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you or any family member currently receiving public assistance from outside California?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you or any family member living outside California?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you or any family member in the United States on a Visa or a Border Crossing Card?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Are you or any family member planning to leave California for more than 60 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you and your family plan to stay permanently in California?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE ANSWERS I HAVE GIVEN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Applicant signature	Date
Signature of person acting for applicant	Date

## DECLARACIÓN DE MEDI-CAL SOBRE RESIDENCIA



(COUNTY STAMP)



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
 Número del caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Trabajador(a): \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_

A CADA UNO DE LOS SOLICITANTES DE BENEFICIOS DE MEDI-CAL SE LES EXIGE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE SU RESIDENCIA. POR FAVOR CONTESTE “SÍ” O “NO” A LAS PREGUNTAS UNA A SEIS, Y FIRME Y ANOTE LA FECHA EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. ¿Usted o algún familiar es propietario, renta o mantiene una casa fuera de California?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usted o algún familiar recibe actualmente asistencia pública de otro lugar fuera de California?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Vive fuera de California usted o algún familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Está usted o algún familiar en los Estados Unidos gracias a una Visa o a una Tarjeta para Cruzar la Frontera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Planea usted o algún familiar salir de California por más de 60 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Planean usted y su familia permanecer en California permanentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE PROPORCIONADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS SEGÚN MI ENTENDER.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del solicitante	Fecha