

Muestra de carta de declaración jurada de ingresos

Nombre del solicitante
Dirección
Ciudad, Estado, Código postal
Número de teléfono

Fecha de hoy

Medi-Cal Access Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559

Estimados Medi-Cal Access Program,

Estoy presentando esta declaración jurada para que verifiquen mi ingreso, debido a que no tengo ninguna otra documentación de ingreso disponible.

Yo recibo \$ _____ (cantidad bruta), y recibo el pago cada [semana, dos semanas, dos veces al mes, o una vez por mes]. La última vez que recibí esta cantidad fue el _____.

Entiendo que esta información puede ser verificada por el Estado de California. Certifico que la información presentada en esta carta es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Atentamente,

Firma de la persona que recibe el ingreso

Nombre de la persona que recibe el ingreso

****Este documento debe ser completado a mano por el solicitante. Si el solicitante no puede escribir, deben poner su marca con una "X" e incluir el nombre y firma de un testigo.***