DECLARACION JURADA

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_también conocido como **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, mayor de

edad, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vecino y residente de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**bajo juramento Declaro:

 Estado civil ocupación

1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las anteriormente expresadas. Que los

últimos cuatro números de mi seguro social son**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

2. Que mi dirección es:

 Residencial: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección completa

 Postal: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección completa

1. **Que tengo \_\_\_\_\_\_\_ años y resido en Puerto Rico permanentemente desde hace**

**más de dos años en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 **Ciudad País**

**4. Que me encuentro trabajando en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por los últimos \_\_\_\_\_ años. Que mi**

**Ciudad y País**

**último patrono es el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, Puerto Rico.**

 **lugar de empleo Pueblo**

**Hasta ahora y en el presente no he recibido ningún otro ingreso por trabajo.**

5. Que estoy diagnosticado:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** la cual requiere

 el siguiente tratamiento: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

6. Que estoy recibiendo atención médica en el Hospital **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

ubicado en **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** Puerto Rico.

7. Que mi plan médico es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Que no cuento con otros recursos económicos para atender los altos costos de esta cirugía que

 salvará mi vida y que se estima por $ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

**9. Advierto:**

**Si, \_\_\_\_\_\_ cuento con la póliza de Seguro para *enfermedades perniciosas o cáncer.***

 **número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la aseguradora:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No, \_\_\_\_\_\_\_ no cuento con ninguna Póliza de Seguros para**

**enfermedades perniciosas por consiguiente no pago ninguna prima por este concepto.**

**10. Que mis ingresos brutos consisten en $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensuales aproximadamente y**

**recibo $ \_\_\_\_\_\_\_\_ mensuales de los Programas de Asistencia Económica, PAN y TANF**

**respectivamente, del Departamento de la Familia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.**

 **También cuento con un ingreso de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por concepto de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

11. Que mis gastos mensuales son:

a. Alimentos $**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

b. Servicios de Acueductos y Alcantarillados $**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

c. Servicio de Energía Eléctrica $ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

d. Renta/ hipoteca **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

e. Préstamo $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F**. Otros Gastos:**

 1-medicamentos $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2- Pensión $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3-Estudios $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Total, de Gastos Mensuales **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**12. Que por medio de este documento certifico bajo juramento que poseo bien inmueble como;**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13. Que mi único bien consiste en las siguientes cuentas de cheques/ ahorros, las cuales son:**

1. **xxx-xx-\_\_\_\_\_\_\_ con un balance aproximado de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del**

**Banco/Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1. **xxx-xx-\_\_\_\_\_\_\_ con un balance aproximado de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del**

**Banco/Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1. **xxx-xx-\_\_\_\_\_\_\_ con un balance aproximado de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del**

**Banco/Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1. **La cuenta # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está a nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien es mayor de edad, y vecina de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puerto Rico.**
2. **La cuenta # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está a nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien es mayor de edad, y vecina de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puerto Rico.**

**.**

**C - La cuenta # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está a nombre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien es mayor de edad, y vecina de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puerto Rico.**

**14. Que no poseo otros bienes o ingresos excepto los antes señalados.**

**15. Que no tengo deudas u otras obligaciones económicas al presente.**

 16. Que hago esta Declaración Jurada con el propósito de presentarla junta a otros documentos

requeridos al Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables con mi solicitud

de Asistencia Económica para la cirugía de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (tipo tratamiento)

Para beneficio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paciente o parentesco)

Para llevarse a cabo en la facilidad: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

17. Que por medio de este documento designo a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** la cual es:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** también conocida como **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** como mandataria para que en mi nombre y representación lleve a cabo todas las gestiones necesarias ante el Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para tramitar mi Solicitud de Asistencia Económica a llevarse a cabo en el **Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediables, Departamento de Salud** , Gobierno de **Puerto Rico**.

18. Que en la eventualidad de que mi **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, también conocida como

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, no estuviera disponible, autorizo que sea la siguiente persona:

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** mayor de edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y vecina de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., quien actúe como mandataria sustituta para atender mi Solicitud de Asistencia

Económica ante el **Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables del**

**Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.**

19. Que declarado es la verdad y nada más que la verdad y los hechos expuestos me constan de propio y personal conocimiento. Así lo juro y suscribo conociendo las consecuencias que conlleva el falsear una declaración jurada.

En**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Puerto Rico, hoy **\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre declarante,

**DECLARANTE**

**AFFIDAVIT NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Jurado y suscrito ante mí por **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** quien, por no conocer personalmente, procedí a identificar mediante su tarjeta de identificación número **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**emitida por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la cual contiene foto y firma. **DOY FE**.

En**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Puerto Rico, hoy **\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTARIO PÚBLICO**