



Declaración Jurada para Verificar Cero Ingresos

PASO 1: Cuéntenos sobre usted, por favor.

Primer nombre

Inicial de segundo nombre Apellido

Último 4 dígitos del
Número de Seguro

HHID

PASO 2: Lea y firme este.

Yo, _____, no recibo ningún ingreso en este momento.
(Nombre impreso del solicitante o miembro)

Al firmar a continuación, juro bajo las penas y penas de perjurio que todo en este formulario es verdadero y completo a mi leal saber y entender.

Sé que si miento en este formulario, mi cobertura de salud podría terminar y podría tener que reembolsar al Intercambio de Seguros de Salud de Nuevo México los créditos fiscales o los beneficios de salud que recibí.

Firma del solicitante o miembro

Fecha dd/mm/aaaa

PASO 3: Entregue este formulario firmado a:

1. FAX: 505-216-7776

2. Correo: New Mexico Health Insurance Exchange
PO Box 25247
Albuquerque, NM 87123

¿Preguntas? Llame a Servicio al Cliente al 833-862-3935 o TTY: 711.