



Declaración Jurada para Verificar Cero Ingresos

Paso 1

Cuéntenos sobre usted, por favor

Primer nombre

Inicial de segundo nombre

Apellido

Últimos 4 dígitos del
Número de Seguro

RefID

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 (MM/DD/YYYY)

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 1-833-862-3935 o TTY: 711.