

JUZGADO DEL CONDADO _____, de OHIO
PROCEDIMIENTOS de FAMILIA

Demandante

N.º de caso: _____

y

Juez _____

Juez de
Control de
Garantías _____

Demandado / Demandante

Instrucciones: Revise la normativa jurídica local para determinar cuándo debe presentarse este formulario. Este afidávit (declaración bajo juramento) se utiliza para divulgar cualquier cobertura del seguro de salud disponible para los menores. También se utiliza para determinar el pago de pensión alimenticia para menores. Debe presentarse si la pareja tiene hijos menores de edad. **Si necesita más espacio, añada más hojas.**

AFIDÁVIT DE SEGURO DE SALUD

Yo, _____
(Escriba su nombre en letra de molde)

Declaro lo siguiente bajo pena de perjurio:

	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>
¿Cuentan sus hijos con un programa de servicios de salud para personas de bajos ingresos, subvencionado por el gobierno (<i>Healthy Start/Medicaid</i>)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuenta usted con un seguro individual de salud (no de grupo ni COBRA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuenta usted con un seguro de salud a través de un grupo (su empleador u otra organización)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no están inscritos, ¿tiene usted acceso a un seguro de salud a través de un grupo (su empleador u otra organización)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El seguro disponible cubre servicios de atención primaria dentro de un radio de 30 millas alrededor del hogar de los menores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Madre

Padre

Bajo el seguro disponible, ¿cuál sería la prima anual de un plan que le cubriera a usted y a los hijos de esta relación (sin incluir al cónyuge)?

\$ _____

\$ _____

Bajo el seguro disponible, ¿cuál sería la prima anual de un plan que le cubriera a usted solo (sin incluir a sus hijos ni a su cónyuge)?

\$ _____

\$ _____

Si están inscritos en un plan de seguro de salud a través de un grupo (su empleador u otra organización) o un plan individual, ¿quiénes de los siguientes individuos están cubiertos?

¿Usted?

Sí No

Sí No

¿Su cónyuge?

Sí No

Sí No

¿Los hijos menores de edad de la relación?

Sí No

Sí No

Número _____

Número _____

¿Otros individuos?

Sí No

Sí No

Número _____

Número _____

Nombre del grupo (empleador u organización) que provee seguro de salud

Dirección

Número de teléfono

JURAMENTO

(No lo firme hasta que se encuentre frente a un fedatario [Notary])

Yo, (nombre en letra de molde) _____, juro o afirmo que he leído este documento y que, a mi leal saber y entender, los hechos e información en él incluidos son verdaderos, correctos y completos.

Entiendo que si no digo la verdad, puedo estar sujeto a sanciones por perjurio.

Su firma

Jurado ante mí y firmado en mi presencia el día _____ de _____

d

e _____ .

Fedatario público (Notary Public)

Mi cargo vence el:
