

## FORMULARIO DE EVIDENCIA DE RESIDENCIA EN DC

DC HealthCare Alliance (la Alianza) es SOLAMENTE para personas que viven en Washington, DC Si está solicitando asistencia médica por medio de DC HealthCare Alliance, debe demostrar que es residente de DC

Puede demostrar que vive en DC con una licencia de manejo válida de DC o una tarjeta de identificación, un recibo de arriendo o alquiler, título de propiedad, documentos de liquidación o estado de cuenta hipotecaria para una residencia de DC, una póliza de seguro de propietario o inquilino, una factura de impuesto sobre la propiedad, una factura de servicios públicos, un resguardo de pago de sueldo que muestre una dirección de DC e impuestos retenidos, o una tarjeta de registro de votante que muestre su nombre y su dirección de DC Si no tiene ninguno de estos documentos, también puede demostrar que vive en DC utilizando este formulario. Otro residente de DC que sepa donde usted vive puede verificar su residencia rellenando la Sección B, o un proveedor local de servicios sociales sin fines lucrativos puede verificar su residencia en la Sección C.

### Sección A: Su información (Obligatorio)

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre: \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

¿Carece de vivienda?  SÍ  NO

**Sección B: Información de un verificador individual** Esta sección debe ser rellenada por un residente de DC que sepa donde usted (el solicitante) vive. Es mejor una persona con la que usted viva, pero no es obligatorio. Si no conoce a ninguna persona que desee o pueda verificar donde usted vive, una organización local sin fines lucrativos que le proporcione servicios puede completar la Sección C para usted. (No necesita rellenar la Sección C si se completa esta sección).

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre: \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo conoce al solicitante? \_\_\_\_\_

El verificador debe firmar este formulario y proporcionar **una copia de al menos uno (1)** de los siguientes documentos que muestren el nombre y dirección del verificador:

- Una licencia de manejo válida de DC o tarjeta de identificación  
- Una tarjeta de registro de votante

- Un acuerdo de arriendo, alquiler, recibo de renta, título de propiedad, documentos de liquidación o estado de cuenta hipotecaria válidos para una residencia en el Distrito  
- Una póliza de seguros válida de propietario o inquilino para una residencia en el Distrito

- Una factura de impuesto de la propiedad de DC emitida en los últimos sesenta (60) días  
- Una factura de un servicio público (agua, gas, electricidad, aceite, cable o línea telefónica del domicilio) emitida en los últimos sesenta (60) días  
- Un resguardo de pago de sueldo emitido en los últimos treinta (30) días que muestre una dirección de DC e impuestos retenidos

Entiendo que DC HealthCare Alliance está disponible SOLAMENTE para personas que viven en el Distrito.

Mediante mi firma, verifico que a mi mejor entender, el solicitante mencionado arriba vive en el Distrito de Columbia.

**Sé que si doy información falsa, puedo estar infringiendo la ley y es posible que tenga que pagar una multa maxima de \$500, o que vaya a la cárcel por un máximo de un año, o ambos (Código de DC § 4-218.01). Sé que las autoridades estatales verificarán esta información y estoy de acuerdo en cooperar con sus solicitudes de información.**

Firma del verificador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección C: Información de la organización verificadora** Esta sección debe ser completada por un proveedor de servicios sociales sin fines lucrativos de DC, como por ejemplo un refugio para deshauciados, un centro médico comunitario, un proveedor de servicios para inmigrantes, una clínica legal o una organización religiosa que le brinde servicios a usted (el solicitante). *(No se necesita rellenar la Sección B si se completa esta sección).*

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Ident. de exención fiscal de DC para la organización: \_\_\_\_\_

Nombre del verificador: \_\_\_\_\_

Cargo del verificador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de la organización: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Entiendo que DC HealthCare Alliance está disponible SOLAMENTE para personas que viven en el Distrito.

Mediante mi firma, verifico que a mi mejor entender, el solicitante mencionado arriba vive en el Distrito de Columbia.

**Sé que si doy información falsa, puedo estar infringiendo la ley y es posible que tenga que pagar una multa maxima de \$500, o que vaya a la cárcel por un máximo de un año, o ambos (Código de DC § 4-218.01). Sé que las autoridades estatales verificarán esta información y estoy de acuerdo en cooperar con sus solicitudes de información.**

Firma del verificador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Recuerde:** Antes de entregar este formulario, asegúrese de que esté completo.

Debe:

- haber completado la Sección A, **Y**
- haber completado la Sección B **O** la Sección C, **Y**
- Si ha completado la Sección B, debe tener una copia de la prueba de residencia en DC del verificador individual.

*Para reportar derroche, fraude y abuso por parte de cualquier agencia gubernamental o funcionario de DC, llame al Inspector General de DC al 1 (800) 521-1639.*