

Declaración para cambios frecuentes de ingresos

Instrucciones: Complete esta declaración si (1) necesita enviar documentos para verificar los ingresos que usted declaró en su solicitud de Get Covered New Jersey, y (2) usted o un miembro del hogar tiene ingresos que cambian de un mes a otro. Por ejemplo, si los ingresos provienen de trabajo por contrato o de temporada, y usted no tiene otro tipo de evidencia para comprobar sus ingresos. Otro tipo de evidencia podría incluir un contrato firmado de empleo por temporada, historial de cambios predecibles en sus ingresos, o la declaración de impuestos del año anterior, si es que muestra empleo por temporada u otro tipo de empleo irregular.

Yo, _____ (nombre), certifico y afirmo lo siguiente:

1. Mi fecha de nacimiento es: _____
2. Mi dirección es: _____
3. Los ingresos de mi hogar cambian de un mes a otro debido a que (adjuntar otra página si corresponde):

4. Estos son los ingresos mensuales que se anticipan para cada uno de los siguientes 12 meses:

Mes actual: _____	Mes 2: _____	Mes 3: _____
Mes 4: _____	Mes 5: _____	Mes 6: _____
Mes 7: _____	Mes 8: _____	Mes 9: _____
Mes 10: _____	Mes 11: _____	Mes 12: _____

5. No hay otras evidencias de los cambios en los ingresos de un mes a otro debido a que:

6. Comprendo que, si se determina que cumplo los requisitos para un plan de salud calificado de salud, debo reportar cualquier cambio (incluidos cambios en los ingresos, dirección y miembros del hogar) a GetCoveredNJ dentro de 30 días, dado que puede afectar el monto de asistencia para el cual puedo ser elegible. Estos cambios los puedo reportar al ingresar a mi cuenta de GetCovered.nj.gov/espanol, o llamando al centro de llamadas al 1-833-677-1010. Comprendo que si recibo una cantidad excesiva de asistencia en forma de créditos fiscales federales anticipados para las cuotas (APTC, en inglés) durante el año de los beneficios, deberé devolver el monte en exceso recibido al Servicio de Impuestos Internos (IRS) al momento de presentar mi declaración federal de impuestos para el año de la cobertura.

7. Declaro bajo pena de perjurio y por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Soy consciente que si cualquier parte de lo que declaré anteriormente es intencionalmente falso, estoy sujeto a sanciones.

Firma

Fecha