

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УДОСТОВЕРЕНИИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ**  
**STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE**

Настоящее Заявление может использоваться только для соответствия новым требованиям программ Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services относительно **удостоверения личности** детей в возрасте до 18 лет. Настоящее заявление не может использоваться для соответствия требованию программ Medicaid/BadgerCare Plus /Family Planning Only Services о подтверждении гражданства.

**Инструкции:** В приводимых ниже графах укажите всех проживающих в Вашей семье детей в возрасте до 18 лет, которым Вы приходите родителем, опекуном или опекающим родственником. Укажите дату рождения и место рождения (город, штат и страна) каждого из указываемых Вами детей. Заполнив форму, подпишите ее и передайте Вашему социальному работнику.

Полное имя ребенка (имя, отчество, фамилия)	Дата рождения	Место рождения (город, штат, страна)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

Личные данные будут использоваться только для решения непосредственных административных задач в рамках программы Medicaid.

**Подписывая данное заявление и будучи осведомлен(-а) об ответственности за предоставление ложных сведений, я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является точной и полной. Я осознаю, что местные органы могут связаться с другими лицами или организациями в целях проверки точности и правильности моего заявления.**

**ПОДПИСЬ** \_\_\_\_\_ Дата подписания \_\_\_\_\_  
(Родитель, опекун или опекающий родственник)

Имя (печатными буквами) \_\_\_\_\_ Номер дела \_\_\_\_\_  
(Родитель, опекун или опекающий родственник)