STATE OF CONNECTICUT

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

W-1009
(Rev. 5/08)

Affidavit: Certification of Identity

Only for Children under 18 years of age
Not to be used in conjunction with Affidavit of Citizenship

The Department of Social Services is required to verify identity for each applicant and recipient of Medicaid/HUSKY. You have told us that you cannot give us other documents to prove the identity of the child listed below. Please complete this form, read it carefully, sign or have the appropriate person sign below and return it to your worker.

Head of Household Name:_____ Head of Household Client ID:_____

Child's Information:

_____ Child's Name

_____ Child's Date of Birth

_____ City/Town of Birth

_____ State (Country of Birth if not U.S.)

Certification – By Parents or Guardians Only

I declare that I have specific knowledge of the above child's identity and I believe the information as stated on this form regarding this child is accurate to the best of my knowledge.

I affirm that the information given on this form is true and complete to the best of my knowledge. I understand that, if I have knowingly given incorrect information, I shall be subject to penalties for false statement as specified in the Connecticut General Statute Section 53a-157b and 17b-97. I also understand that I shall be subject to penalties for perjury under federal and state law.

_____ Signature Date

_____ Relationship to Child

_____ Printed Name

_____ Phone Number

If you are not a member of the assistance unit, please include your address below:

_____
Street Town/City State Zip Code

This information is available in alternate formats. Phone (800) 842-1508 or TDD/TTY (800) 842-4524.

Transmitted by Forms Transmittal No. F-08-6

Effective Date: 5/15/08
Issuance Date: 5/22/08

ESTADO DE CONNECTICUT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Declaración Jurada: Certificación de Identidad

Sólo para Niños menores de 18 años de edad

No debe usarse conjuntamente con la Declaración Jurada de Ciudadanía

El Departamento de Servicios Sociales requiere verificar la identidad de cada solicitante y beneficiario de Medicaid/HUSKY. Usted nos ha dicho que no puede darnos otros documentos para probar la identidad del hijo nombrado abajo. Por favor llene este formulario, léalo cuidadosamente, fírmelo o asegúrese que la persona apropiada lo firma y devuélvalo a su trabajador.

Nombre del Cabeza del Grupo Familiar:_____

Número de Identificación del Cliente del Cabeza del Grupo Familiar:_____

Información sobre el Niño:

_____
Nombre del Niño

_____
Fecha de Nacimiento del Niño

_____
Ciudad/Pueblo de Nacimiento

_____
Estado (Municipio de Nacimiento si no es los EE.UU.)

Certificación –Por los Padres o Tutores <u>Solamente</u>

Declaro que tengo conocimiento específico sobre la identidad del niño mencionado arriba y creo que la información en este formulario con respecto a este niño es correcta de la mejor forma que lo comprendo.

Afirmo que la información dada en este formulario es verdad y está completa de la mejor forma que lo comprendo. Entiendo que si a sabiendas he dado información incorrecta, estaré sujeto a castigo por declaración falsa como se especifica en las Secciones 53a-157b y 17b-97 del Estatuto General de Connecticut. También entiendo que estaré sujeto a castigo por perjurio bajo la ley federal y estatal.

_____
Firma Fecha

_____
Relación con el Niño

_____
Nombre en letra de molde

_____
Número de Teléfono

Si usted no es un miembro de la unidad de ayuda, por favor incluya su dirección abajo:

_____
Calle Pueblo/Ciudad Estado Código Postal

Esta información está disponible en diferentes formas. Teléfono (800) 842-1508 o TDD/TTY (800) 842-4524.