



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Declaración de Identidad para Niños Menores de 16

Nombre del niño solicitando Medicaid:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Estado

Condado

Confirmo la identidad del niño nombrado arriba.

Declaro bajo pena de perjurio que lo antes mencionado es verdadero y correcto.

Firma del padre o guardián

Llevado a cabo el (fecha)
