



State of New Jersey

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DIVISION OF MEDICAL ASSISTANCE AND HEALTH SERVICES
P.O. Box 712
Trenton, NJ 08625-0712
Telephone 1-800-356-1561

JON S. CORZINE
Governor

JENNIFER VELEZ
Acting Commissioner

ANN CLEMENCY KOHLER
Director

MEDICAID COMMUNICATION: 07-03 **DATE:** February 22, 2007

TO: CWA Directors
ISS Area Supervisors
Statewide Eligibility Determination Agency

SUBJECT: Certification Format for Identity Requirement under the Deficit Reduction Act
(DRA) - Spanish Version

Attached is the Spanish certification to be completed by the parent or guardian if they do not have the required identity documents under the DRA for their child(ren) when applying for NJ FamilyCare/Medicaid. The English version was made available to you in Medicaid Communication #06-12, dated December 28, 2006.

Questions regarding this communication should be referred to this Division's Office of Policy Development at 609-588-2556.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ann Clemency Kohler".

Ann Clemency Kohler
Director

ACK:Pp
Attachment

C: William Ditto, Director
Division of Disability Services

Greg Fenton, Acting Director
Division of Developmental Disabilities

Kevin Martone, Assistant Commissioner
Division of Mental Health Services

Jeanette Page-Hawkins, Director
Division of Family Development

Eileen Crummy, Director
Division of Youth and Family Services
Department of Children and Families

Fred M. Jacobs, M.D., J.D., Commissioner
Kathleen M. Mason, Assistant Commissioner
Department of Health and Senior Services

Formato de la certificación para el requisito de identidad

Certificación de identidad

Yo, _____, certifico por el presente las siguientes declaraciones:
(nombre del padre/la madre o tutor)

1. Soy el padre/la madre o tutor de _____

(nombres de los niños como aparecen en sus certificados de nacimiento)

2. _____ nació el _____ en _____.
(Nombre del niño no.1) (fecha de nac.) (lugar de nac.)

_____ nació el _____ en _____.
(Nombre del niño no.2) (fecha de nac.) (lugar de nac.)

_____ nació el _____ en _____.
(Nombre del niño no.3) (fecha de nac.) (lugar de nac.)

_____ nació el _____ en _____.
(Nombre del niño no.4) (fecha de nac.) (lugar de nac.)

_____ nació el _____ en _____.
(Nombre del niño no.5) (fecha de nac.) (lugar de nac.)

_____ nació el _____ en _____.
(Nombre del niño no.6) (fecha de nac.) (lugar de nac.)

3. Estoy solicitando cobertura de Medicaid/NJ FamilyCare para _____

(nombre(s) del(de los) niño(s))

4. He proporcionado información exacta con respecto al (a los) niño(s) en la solicitud de Medicaid/NJ FamilyCare.

Certifico que las declaraciones arriba presentadas por mí son verdaderas. Soy consciente de que si cualquiera de las afirmaciones arriba presentadas por mí es voluntariamente falsa, soy sujeto de sanción.

Firma del padre/la madre o tutor