

***** Marque la opción que indica su estado civil actual Y presente la documentación requerida.*****

Estado Civil	Fecha de Occurencia	**Documentación Requerida**	
<input type="checkbox"/> Casado/Casado de nuevo		<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio	<input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Sentencia Final de Divorcio	<input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Documento judicial (ejemplos: separacion legal, solicitud de divorcio, etc.) O <input type="checkbox"/> Carta con encabezamiento de parte de una tercera persona que valida la separacion (ejemplos: funcionario de la iglesia, oficial de la escuela, consejero matrimonial, etc.) O <input type="checkbox"/> Documentación de dos domicilios residenciales (ejemplos: facturas de servicios públicos separados, renta/hipoteca con el nombre de cada uno de los ultimos tres meses, etc.)	
<input type="checkbox"/> Viudo, escriba el nombre del cónyuge a continuación		<input type="checkbox"/> Acta de defunción <input type="checkbox"/> Obituario	<input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Soltero, nunca casado	N/A		N/A

Otro (Por favor explique): _____

Al firmar esta Declaración de Verificación, yo (nosotros) certificamos que toda la información reportada es completa y precisa. ADVERTENCIA: Si usted da información falsa y engañosa a propósito en esta forma, cualquier decisión favorable hecha en base de falsa información puede ser revocada.

X
 (Paciente / Persona Engargada-REQUERIDA)

X
 Fecha _____
 (Testigo-REQUERIDO, no cónyuge)

Fecha _____
 Revised October 1, 2025