

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA

Fecha: \_\_\_\_\_ Agencia Provedora de Apoyo Familiar: The Arc Williamson County

Nombre del Beneficiario de Apoyo Familiar: \_\_\_\_\_

Dirección del Beneficiario de Apoyo Familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Beneficiario de Apoyo Familiar: \_\_\_\_\_

---

*Por favor complete la sección a continuación y marque el estatus apropiado.*

Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre del beneficiario de Apoyo Familiar*),  
por la presente doy fe de que yo soy (*marque la casilla apropiada*).

**ciudadano de los Estados Unidos** o

**extranjero calificado**

Entiendo que, si no proporciono la documentación apropiada necesaria para verificar mi ciudadanía o estatus de extranjero calificado, no seré elegible entonces para recibir beneficios de Apoyo Familiar. De igual forma, entiendo que, si a sabiendas e intencionalmente hago una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta de ciudadanía o estatus de extranjero calificado, puedo ser declarado responsable bajo la Ley de Reclamos Falsos en T.C.A. § 4-18-101 y siguientes, de cargos criminales bajo 18 U.S.C. § 911, o cualquier otro estatuto federal o estatal aplicable.

---

**Firma del Beneficiario de Apoyo Familiar**

**Si el formulario es llenado por alguien además del beneficiario de Apoyo Familiar:**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy fe de que la información provista en este formulario es verídica y exacta a mi saber y entender. Además, tengo bien sea el permiso del beneficiario o la autoridad legal para llenar y presentar este formulario en su nombre.

---

**Relación con el Beneficiario FSP**

**Firma**

**# Teléfono**

**NOTA: Devuelva este formulario firmado a su agencia provedora de Apoyo Familiar.  
Se debe llenar este formulario anualmente.**