

FORMULARIO DECLARACION JURADA PARA AFILIACION DE HIJ@S

Yo _____, de _____ años de edad, (Profesión u oficio) _____, del domicilio de _____, con Documento Único de Identidad Número (DUI) _____, por este medio y **BAJO JURAMENTO DECLARO:** **I)** Que me desempeño en el cargo de _____, nombrado(a) en _____, situado en el Municipio de _____, Departamento de _____. **II)** Que en mi calidad de servidor público docente afiliado al ISBM, con número de Identificación _____ conozco y entiendo sobre el régimen especial de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el cual tiene su fundamento legal en la Constitución de la República de El Salvador, la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y el artículo doscientos veintiuno inciso segundo de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. **III)** Que no me encuentro comprendido(a) en las causales de exclusión del régimen de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial expresadas en el artículo seis de la Ley del ISBM. **IV)** Que habiendo comprendido las disposiciones legales aplicables al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial entiendo que para que mi hijo(a) mayor de veintiún años de edad, sea beneficiario al derecho de recibir la cobertura de los servicios médicos y hospitalarios que brinda el Instituto, éste debe encontrarse estudiando y depender económicamente de sus padres. **V)** Que con el objeto de afiliarme como beneficiario de la cobertura de salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que por ley le corresponde a mi hijo(a), de nombre _____, de _____ años de edad, (Profesión u oficio) _____, de mi mismo domicilio, con Documento Único de Identidad Número _____; **DECLARO** que el/la mismo(a) **se encuentra estudiando** en _____, ubicado(a) en el Municipio de _____ Departamento de _____, institución educativa legalmente inscrita por el Ministerio de Educación; y que, **depende económicamente de mi persona**, ya que no percibe ningún ingreso mensual por trabajo dependiente o independiente, por lo tanto cumple los requisitos legales establecidos para ser inscrito como mi beneficiario en el referido Instituto, siendo toda la información proporcionada en la Sección de Afiliación del ISBM, así como la documentación presentada y requerida totalmente veraz, facultando al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para que pueda verificar o investigar la veracidad de mis afirmaciones; **VI)** Que conozco y comprendo que en caso de no ser ciertas las aseveraciones contenidas en el presente documento, me obligo a responder por el costo de los servicios que mi hijo(a) hubiere utilizado inadecuadamente o mediante falsedad más la penalización correspondiente, sin perjuicio de la responsabilidad penal a que hubiere lugar, de conformidad a lo establecido en los artículos cuarenta y cuarenta y ocho de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. **VII)** Que conozco lo regulado en el artículo doscientos ochenta y cuatro del Código Penal en cuanto al delito de falsedad ideológica, así como las leyes que sancionan la falsedad, por lo que la presente constituye una información verdadera, exacta y completa, comprometiéndome a someterme a las leyes de la República que sancionan la falsedad de esta declaración, eximiendo al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado, asumiendo la responsabilidad de lo aquí consignado.

En la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del _____.

Nombre del docente: _____ Firma: _____