

## Declaración

Usted declara y certifica ante Good Days y sus agentes que la información proporcionada en su solicitud es completa y precisa. Usted autoriza a Good Days a realizar una verificación de ingresos estimados utilizando su número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y dirección para estimar sus ingresos. Good Days puede solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Si se descubre información inexacta o actividad fraudulenta relacionada con la asistencia que se le brindó, se podría intentar su recuperación. Usted entiende que es libre en cualquier momento de cambiar de proveedores, profesionales o tratamientos dentro del formulario de Good Days para su diagnóstico, sin afectar su elegibilidad continua para recibir asistencia.

La asistencia no está garantizada. Good Days se reserva el derecho de modificar los criterios de elegibilidad o modificar o interrumpir la asistencia en cualquier momento.

## Límite de Responsabilidad Civil

Usted acepta que Good Days, nuestros patrocinadores y nuestros donantes no serán responsables de ningún daño de ningún tipo, sin limitación, que surja o en relación con la asistencia financiera, ayuda de copago u otros beneficios de valor agregado o servicios prestados que usted reciba como parte de este programa.