

**Trabaja actualmente para el gobierno en California:**

**Instrucciones:** Si trabaja para el Estado de California, utilice el formato que se encuentra a continuación y pida a un representante del empleador que firme la carta.

A quien corresponda:

**(Nombre del beneficiario)** ha trabajado aquí en **(Nombre del empleador)** desde **(Fecha de inicio del trabajador)**. No hay conflicto de interés entre el Department of Health Care Access and Information y nuestro departamento debido al servicio obligatorio que presta **(Nombre del beneficiario)** y la beca o reembolso del préstamo que **(Nombre del beneficiario)** está recibiendo.

**(Firma)**

**(Nombre y puesto del empleado)**

**(Información de contacto: correo electrónico, dirección y número de teléfono)**

---

**Ya no trabaja para el gobierno en California:**

**Instrucciones:** Si ya no trabaja para el estado de California, utilice el formato que se encuentra a continuación indicando el nombre del departamento, la fecha de separación del servicio estatal y firme la carta.

A quien corresponda:

Ya no trabajo en **(Nombre del empleador)** y dejé de prestar mis servicios al estado el **(Fecha de terminación)**. El que yo reciba una subvención del Department of Health Care Access and Information no representa un conflicto de interés con mi antiguo empleador.

**(Firma)**

**(Nombre y puesto del empleado)**

**(Información de contacto: correo electrónico, dirección y número de teléfono)**

---

**Persona que nunca ha sido empleada o voluntaria del gobierno en el estado de California:**

**Instrucciones:** Si usted nunca ha trabajado o servido como voluntario para el gobierno en el estado de California, use el formato que se encuentra a continuación indicando que usted nunca ha trabajado o servido como voluntario para el gobierno en el estado de California y después firme la carta.

A quien corresponda:

Yo nunca he trabajado o participado en algún servicio voluntario para el gobierno del estado de California; por lo tanto, no existe conflicto de interés si recibo una subvención del Department of Health Care Access and Information.

**(Firma)**

**(Nombre y puesto del empleado)**

**(Información de contacto: correo electrónico, dirección y número de teléfono)**