



Autocertificación del Impacto COVID – Programa COVID Alivio de Renta

Para ser completado por hogares que no tienen documentación alternativa que describa sus dificultades financieras debido al COVID.

Nombre Completo _____

Dirección: _____ Nro. Apartamento _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Indique a todos los demás miembros del hogar y sus fechas de nacimiento:

Favor indicar en detalle como la situación financiera del hogar a cambiado, directa o indirectamente, debido a la pandemia del COVID-19. Esta explicación debe detallar claramente las dificultades financieras experimentadas por el hogar. No se aceptarán declaraciones genéricas como “Perdí mi trabajo”. Si necesita espacio adicional, agregue otra hoja.

Doy fé de que la información anterior es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Reconozco que enviar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la negación de la solicitud y la recuperación de los fondos ya proporcionados.

Signature

Date