



## INSTRUCCIONES Y PAQUETE DE APLICACIÓN

La Ley CARES y otros fondos disponibles a través de la Ciudad de Arlington y la Autoridad de Vivienda de Arlington proporcionan asistencia a las personas que están en peligro inminente de desalojo y en riesgo de quedarse sin hogar, esta ayuda es financiada por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD) y otras fuentes. La asistencia es para evitar desalojos, prevenir la falta de vivienda y, en algunos casos, ayuda con servicios de administración de casos. Esta aplicación es una aplicación universal para una variedad de programas, y el personal determinará la forma apropiada de asistencia. Esta asistencia está disponible para las personas afectadas por la pandemia de COVID-19. Si su necesidad NO está relacionada con la pandemia COVID-19, comuníquese con la oficina de Vivienda al 817-275-3351 para conocer otras opciones disponibles.

Los solicitantes deben autorizar al personal de la Ciudad permiso para verificar toda la información proporcionada por cualquier medio necesario para determinar la elegibilidad del programa. Los solicitantes deberán certificar que la información otorgada es verdadera y estarán sujetos a enjuiciamiento federal por hacer declaraciones falsas a sabiendas. ESTA INFORMACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL Y SE UTILIZARÁ SOLAMENTE CON EL FIN DE ESTABLECER SU ELEGIBILIDAD PARA ESTE PROGRAMA.

Complete la solicitud adjunta y otorgue los documentos de respaldo que se le soliciten. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Completar esta solicitud no garantiza de ninguna manera asistencia o servicios financieros.

Si actualmente es elegible y recibe beneficios de otros programas federales o estatales, como asistencia para el alquiler de la Sección 8, SNAP o TANF, es posible que pueda enviar una solicitud simplificada. Si esto se aplica a usted, comuníquese con nosotros para determinar qué se requerirá.

**Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros: Oficina de la Autoridad de Vivienda de Arlington ubicada en 501 W. Sanford St, Suite 20, Arlington, TX 76011, llame al 817-276-6727, envíe un correo electrónico a [EmergRent@arlingtonhousing.us](mailto:EmergRent@arlingtonhousing.us) o envíe un fax al 817-962- 1204.**

# ASISTENCIA DE ARLINGTON CARES



## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido del jefe del hogar:		Nombre:		Inicial:
Dirección:		Ciudad/Condado:		Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:		Teléfono de trabajo:	
Dirección de correo electrónico:				
Emergencia Nombre del contacto:	Dirección:		Teléfono:	
Si fue desalojado, proporcione la dirección donde reside actualmente:				
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de E.E. U.U. <input type="checkbox"/> Elegible no ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano				
Idioma principal que habla:				
Estado Civil del Jefe de Hogar: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero (viudo, soltero o divorciado) <input type="checkbox"/> Casado pero separado				
La siguiente información se recopila para cumplir con los estándares federales				
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico y Blanco/Negro		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico y Negro/Afroamericano		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano y Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska y Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otros Multirraciales		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Asiático y Blanco				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No sabe				
Empleado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:				
Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<p><i>Información importante para exmilitares. Las mujeres y hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo Ejército, Navy, Marines, Guardia Costera, Reservas o Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <a href="https://veterans.portal.texas.gov/">https://veterans.portal.texas.gov/</a>.</i></p>				



**CERTIFICACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES**

**FECHA** \_\_\_\_\_

Para determinar elegibilidad, los ingresos de todos los residentes adultos del hogar mayores de 18 años, a menos que sean estudiantes a tiempo completo, se incluirán en la sección de ingresos del hogar. Esto incluye salarios de trabajo por cuenta propia, TANF, pensión alimenticia, beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos por discapacidad, manutención de los hijos, propiedades de alquiler, dividendos de acciones, ingresos de cuentas bancarias, desempleo, cuentas de jubilación, obsequios regulares de dinero de amigos, familiares, iglesia u otras agencias sociales. El dinero ganado por la prestación de servicios e intereses de cuentas bancarias o inversiones debe divulgarse.

**Parte I. Composición del hogar**

Número de miembro del hogar	Apellido de miembro	Nombre del miembro	Relación con el Jefe de Familia	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estudiante de Tiempo Completo (Y/N)	Discapacidad (Y/N)
Solicitante			Self (yo mismo)				
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

**Parte II. Ingreso Anual Bruto (Ingresos No Activos)**

Número de miembro del hogar	Empleo o salarios, compensación de trabajadores	Pensión del Seguro Social, Anualidades, Jubilación	Asistencia Pública (Prestaciones por Desempleo, TANF, SNAP)	Otros ingresos (manutención de niños, ingresos de alquiler, ingresos empresariales)	Ingresos totales de los miembros
1	\$	\$	\$	\$	\$
2	\$	\$	\$	\$	\$
3	\$	\$	\$	\$	\$
4	\$	\$	\$	\$	\$
5	\$	\$	\$	\$	\$
6	\$	\$	\$	\$	\$
7	\$	\$	\$	\$	\$
8	\$	\$	\$	\$	\$

**Parte III. Enumere todas las cuentas bancarias, de ahorros y de cheques en poder del miembro del hogar.**

Número de miembro del hogar	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Saldo Actual	Nombre del Instituto Financiero
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

La siguiente tabla muestra el límite de ingresos según el tamaño del hogar. Seleccione el límite de ingresos más bajo por debajo del cual se encuentran los ingresos totales del hogar. Por ejemplo, el ingreso total del hogar para una familia de 4 es \$ 38,000, están por debajo del límite del 50% porque el ingreso del hogar es menos de \$ 40,400.

Por favor marque uno:  debajo 30%  debajo 50%  debajo 80%

Personas por hogar	(30% AMI)	(50% AMI)	(80% AMI)
1	\$17,000	\$28,300	\$45,300
2	\$19,400	\$32,350	\$51,750
3	\$21,960	\$36,400	\$58,200
4	\$26,500	\$40,400	\$64,650
5	\$31,040	\$43,650	\$69,850
6	\$35,580	\$46,900	\$75,000
7	\$40,120	\$50,100	\$80,200
8	\$44,660	\$53,350	\$85,350



**OTRA INFORMACIÓN**

1. ¿Perdió empleos debido a COVID-19?  Si  No Si es así, ¿qué mes / año? \_\_\_\_/\_\_\_\_
2. ¿Tiene ingresos más bajos debido a COVID-19?  Si  No Si es así, ¿qué mes / año? \_\_\_\_/\_\_\_\_
3. ¿Tiene otro impacto financiero debido al COVID?  Si  No En caso afirmativo, describa:

4. ¿Alguien en su hogar califica para beneficios de desempleo?  Si  No
5. ¿Alguien en su hogar ha sido notificado de que comenzará a recibir ingresos? (Por ejemplo, iniciar un nuevo trabajo, iniciar las prestaciones por desempleo, etc.)  Si  No
6. ¿Ha solicitado o recibido otra ayuda para el alquiler o los servicios públicos?  Si  No

Fuente	Importe	Propósito	Fecha	Frecuencia
Autoridad de Vivienda de Arlington (HHSP, HC, CDBG, TERAP)				
Alivio de alquiler de Texas				
Caridades Católicas				
Socios de acción comunitaria				
Ministerios Urbanos de Arlington				
Misión Arlington				
Iglesia				
Familia y / o amigos				
Otra				

7. ¿Está recibiendo beneficios de SNAP/TANF?  Si  No
8. Mi familia vive en una propiedad de alquiler restringida y nos han proporcionado una certificación de ingresos de la propiedad a partir del 1 de enero del 2020, y los ingresos brutos anuales de mi hogar siguen siendo inferiores al 80% de los ingresos medios de la zona.  Si  No
9. Nombre del propietario: \_\_\_\_\_
10. Correo electrónico de los propietarios: \_\_\_\_\_
11. Número de teléfono de los propietarios : \_\_\_\_\_
12. ¿Cuál es el último mes de alquiler pagado en su totalidad? \_\_\_\_\_
13. Enumere los meses anteriores, actuales y futuros para los que está buscando asistencia para el alquiler: *tenga en cuenta que los meses anteriores, actuales y futuros no pueden exceder los 6 meses.*

---

14. ¿Necesita ayuda con los servicios públicos?  Si  No
15. ¿Ha recibido una notificación por escrito o una carta de desalojo del tribunal o del propietario, o está atrasado en el pago del alquiler?  Si  No
16. ¿Cómo te enteraste de este programa? (marque todo lo que corresponda )

<input type="checkbox"/>	Website	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>	Twitter	<input type="checkbox"/>	Nextdoor	<input type="checkbox"/>	Radio
<input type="checkbox"/>	Dueño	<input type="checkbox"/>	Familia / Amigos	<input type="checkbox"/>	empleador	<input type="checkbox"/>	Folleto / Carta	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico
<input type="checkbox"/>	Telefónica Call	<input type="checkbox"/>	Señal de puerta	<input type="checkbox"/>	Cartel del patio	<input type="checkbox"/>	Letrero en gasolinera	<input type="checkbox"/>	Otro



## LISTA DE COMPROBACIÓN DE PAQUETES DE APLICACIÓN

La siguiente lista es una lista completa de la información que debe enviarse con su solicitud. Incluya documentación para todas y cada una de las fuentes de ingresos de todos los miembros de su hogar. Las solicitudes que estén incompletas pueden ser rechazadas.

Para cada elemento que se enumera a continuación, seleccione 1 de 3 opciones; Otorgue el documento ahora, N / A (si el documento no es aplicable), o Proporcione más tarde (si el documento estará disponible pero no en el momento de la solicitud). Si no está disponible ahora, envíelo por correo electrónico a [EmergRent@arlingtonhousing.us](mailto:EmergRent@arlingtonhousing.us). Para algunos de los documentos que se indican a continuación, puede auto certificarse si están disponible.

<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>IDENTIFICACIÓN</b> – Identificación actual con foto, o copia de la tarjeta de Seguro social
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>VERIFICACIÓN DE EMPLEO</b> - Talones de cheques de pago consecutivos y de urgencia que cubren 60 días con ganancias anuales o una carta del empleador en el membrete de la compañía que incluye el número de fax de la compañía. Si no los tiene, usted puede certificar su ingreso neto
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>DESEMPLEO</b> - Carta de adjudicación original de La compensación por desempleo y la impresión o carta de escape del historial de pagos actual, fechada en los últimos 60 días
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>TANF/SNAP</b> - La información impresa por computadora del Departamento de Servicios Humanos de Texas de los beneficios actuales o la cancelación de la carta de beneficios, fechada en los últimos 60 días
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>MANUTENCIÓN INFANTIL/PENSIÓN ALIMENTICIA</b> - Para manutención de niños, carta de verificación de ingresos fechada en los últimos 60 días. Para pensión alimenticia, carta notaria del proveedor y/o historial de pagos
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>SSI/SSDI/SOCIAL SECURITY BENEFITS</b> - Declaración por computadora del Departamento de Servicios Humanos de Texas de los beneficios actuales o carta de cancelación de beneficios, fechado en los últimos 60 días
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>CUENTAS/ACTIVOS BANCARIOS</b> – Últimos 2 estados de cheques y ahorros consecutivos y un estado actual de fondos mutuos, anualidades, fideicomiso, herencias y liquidaciones legales
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>CONTRATO DE ARRENDAMIENTO</b> - Copia de su contrato de arrendamiento actual (incluir TODAS las páginas del contrato de arrendamiento) o factura del hotel
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>CONTRATO DE ARRENDAMIENTO</b> - Copia de su contrato de arrendamiento actual (incluir TODAS las páginas del contrato) o factura del hotel
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>AVISO DE DESALOJO</b> - Copia de su Aviso de Desalojo y/o Aviso de Carta de Desalojo, si corresponde
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>DESCONEXIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS /AVISO TARDÍO</b> - Copia de sus facturas de electricidad, agua y gas más recientes
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>GASTOS DEL HOGAR</b> – Copia de las facturas de servicios públicos que necesita ayuda para pagar
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>PÉRDIDA DE INGRESOS</b> - Documentación del empleador que muestra despido o reducción de ingresos ó carta furloughed o talones de cheques señalando disminución de horas / salarios o carta del empleador que muestra la reducción de horas / salarios debido a COVID-19.
<input type="checkbox"/> Adjunto	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Se proporcionará más tarde	<b>OTRA INFORMACIÓN:</b> Por ejemplo: Carta de un amigo/familiar que lo ha ayudado los pagos de facturas y que mencione la fecha y monto de asistencia.

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros: Oficina de Arlington Housing ubicada en 501 W. Sanford Street, Suite 20, Arlington TX 76011, llame al 817-276-6727, envíe un correo electrónico a [EmergRent@arlingtonhousing.us](mailto:EmergRent@arlingtonhousing.us) o envíe un fax al 817-962-1204

# ASISTENCIA DE ARLINGTON CARES



## Auto Certificación

<b>VERIFICACIÓN DE EMPLEO</b>			
Proporcione su ingreso familiar BRUTO total anual o mensual (total antes de las deducciones)			
Ingreso familiar ANUAL BRUTO total:		OR	Ingreso familiar MENSUAL BRUTO total:
\$			\$
<b>DESEMPLEO</b>			
Indique sus beneficios por desempleo semanales, si recibe beneficios por desempleo.			
Número de miembro del hogar	Apellido del miembro	Primer nombre del miembro	Cantidad que recibe cada semana
Solicitante			\$
2			\$
3			\$
4			\$
<b>MANUTENCIÓN INFANTIL / ALIMENTACIÓN</b>			
Si recibe manutención infantil, indique la cantidad mensual promedio de manutención infantil que recibe por cada niño.			
Número de niños	Apellido del niño	Primer nombre del niño	Cantidad que recibe cada mes
1			\$
2			\$
3			\$
4			\$
Monto de la pensión alimenticia recibida cada mes			\$
<b>SSI/SSDI/BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL</b>			
Indique el monto BRUTO mensual de beneficios que recibe cada miembro del hogar.			
Número de miembro del hogar	Apellido del miembro	Primer nombre del miembro	Cantidad que recibe cada mes
Solicitante			\$
2			\$
3			\$
4			\$
<b>CUENTAS BANCARIAS / ACTIVOS</b>			
¿Tiene más de \$ 50,000 combinados en cuentas bancarias o cuentas de activos (fondos mutuos, fideicomisos, herencias, anualidades, acciones) más de \$ 3,000 en depósitos mensuales consecutivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso de que si, <u>no es elegible</u> para auto certificar esta información. Proporcione documentación de los últimos 2 meses de todas las cuentas. En caso negativo, proporcione los saldos totales actuales de todas las cuentas.			
De Cheques	\$	De Ahorros	\$
Cuenta Chime (Si la tiene)	\$	Otras	\$
<b>DIFICULTAD FINANCIERA</b>			
Proporcione una breve declaración sobre cómo su familia se vio afectada financieramente por la pandemia (es decir, pérdida de trabajo, reducción de horas, debe dejar el empleo debido a que los niños no van a la escuela, etc.)			
<b>OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE</b>			
Por ejemplo, información sobre amigos / familiares que lo han estado ayudando con las facturas que indiquen la fecha y la cantidad de ayuda brindada.			



**FORMULARIO DE LIBERACION Y CONSENTIMIENTO**

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_, la parte suscrita por la presente autoriza a todas las personas o empresas de las categorías enumeradas a continuación a divulgar información sobre arrendamiento, empleo, ingresos y/o activos con el fin de verificar la información sobre mi solicitud de participación en el Arlington CARES Rental Assistance. Autorizamos la divulgación de información sin responsabilidad ante la ciudad de Arlington.

**INFORMACIÓN CUBIERTA**

Yo/Nosotros entendemos que es posible que sea necesaria información previa o actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones e indagaciones que se pueden solicitar incluyen, pero no se limitan a: identidad personal, estado del estudiante, empleo, ingresos, activos, arrendamiento y subsidios médicos o de cuidado infantil. Entendemos que esta autorización no se puede utilizar para obtener información sobre mí/nosotros que no es pertinente para mi elegibilidad y participación continua en una Asistencia de Alquiler de Arlington CARES.

**GRUPOS O INDIVIDUOS A LOS QUE SE LES PUEDE PEDIR**

Los grupos o individuos a los que se les puede pedir que divulguen la información anterior incluyen, pero deben limitarse a:

- |   |  |
|---|--|
| Empleadores pasados y presentes           | Agencias de bienestar                      |
| Administración de Veteranos               | Proveedores de apoyo y pensión alimenticia |
| Agencias estatales de desempleo           | Sistemas de Jubilación Educativos          |
| Instituciones                             | Administración del Seguro Social           |
| Proveedores médicos y de cuidado infantil | Banco y otras instituciones financieras    |
| Proveedores de servicios públicos         | Propietarios anteriores/actuales           |
| Agencias públicas de vivienda             | Distritos de evaluación                    |
| Compañías de seguros                      | Juez de Paz (J.P.)                         |

**NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO SE PUEDE UTILIZAR PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. SI SE NECESITA UNA COPIA DE UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, EL FORMULARIO 4506 DEL IRS, "SOLICITUD DE COPIA DE UN FORMULARIO DE IMPUESTOS" DEBE SER PREPARADO Y FIRMADO POR SEPARADO.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del Jefe del hogar*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Cónyuge/Otra firma de adulto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Otra firma de adulto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Otra firma de adulto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros, los abajo firmantes, certificamos que la información proporcionada en el paquete de solicitud es completa, verdadera y correcta a mi conocimiento, y yo/nosotros, por la presente autorizamos al personal de la ciudad de Arlington verificar la información incluida en esta solicitud para aprobar la elegibilidad por cualquier medio necesario, incluyendo pero no limitado a salarios, pensiones, inversiones y residencia. Yo/nosotros, certificamos que esta propiedad no es propiedad ni es administrada por un pariente de sangre o un familiar por matrimonio.

Yo/nosotros, hemos ocupado la unidad de referencia como mi/ nuestra residencia principal durante el período de tiempo durante el cual se solicita la asistencia por el atraso de alquiler, y se ocupará la unidad como mi / nuestra residencia principal durante los meses restantes para los que se proporciona la asistencia.

Yo/nosotros, informaremos al Administrador, utilizando el informe del contrato incluido en el paquete de solicitud, con diez (10) días naturales si es desalojado de la unidad o si ya no ocupamos la unidad como mi residencia principal durante el período de asistencia.

Hasta donde yo/nosotros sabemos, ni yo ni el arrendador, hemos recibido previamente asistencia de alquiler durante los meses solicitados/pagados en esta solicitud.

Yo/nosotros, reconocemos que, seremos obligados a devolver los fondos otorgados bajo esta solicitud si más tarde se descubre que yo / nosotros o mi / nuestro propietario recibió asistencia duplicada.

Yo/nosotros, aceptamos que una fotocopia de esta autorización pueda utilizarse para los fines de la solicitud. El original de esta autorización está registrado y permanecerá en vigor durante 18 meses a partir de la fecha firmada. Entendemos que yo/nosotros tenemos derecho a volver a ver este archivo y corregir cualquier información que sea incorrecta.

Yo/nosotros, reconocemos que toda la información recopilada, reunida o mantenida por el Administrador relacionada con esta certificación, excepto los registros confidenciales por ley u orden judicial, están sujetos a la Ley de Información Pública de Texas (Capítulo 552 del Código del Gobierno de Texas) y deben proporcionar a los ciudadanos, agencias públicas y otras partes interesadas acceso razonable a todos los registros relacionados con este Contrato sujetos y de acuerdo con la Ley de Información Pública de Texas.

Yo/nosotros, proporcionaremos al Departamento del Tesoro de las U.W., al Inspector General de los EE. UU., a la Oficina General de Contabilidad de los EE. UU., o a cualquiera de sus representantes autorizados de turno, acceso y derecho a examinar y copiar registros relacionados con un pago realizado como resultado de esta certificación.

Se entiende que esta autorización se otorga con el único propósito de certificar la elegibilidad para el Arlington CARES, y que toda la información adquirida en este sentido seguirá siendo confidencial.

Yo/nosotros, también entendemos que, si mi solicitud es denegada por cualquier motivo, podemos solicitar una apelación.

Bajo pena de perjurio, los miembros del hogar certifican que la información presentada en este documento es verdadera y precisa a su leal saber y creer. Los miembros del hogar de 18 años o más que asalten que proporcionar representaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación del programa de asistencia de alquiler.

\_\_\_\_\_  
*Firma del jefe del hogar*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cónyuge/Otro Adulto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma adulto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma adulto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**ADVERTENCIA:** Es un delito hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier departamento u agencia del Gobierno de los Estados Unidos en cuanto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción (Sección 1001 del Título 18, código de los Estados Unidos)