

LAKE COUNTY EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE
CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

El formulario debe ser completado por el jefe de familia y firmado por todos los miembros adultos del hogar si el hogar está verificando ingresos sin documentos.

Jefe(a) de Hogar: _____ Fecha: _____

Solicitante: _____ Numero de Aplicacion: _____
(sólo para uso de oficina)

*** Reconocimiento: Al escribir sus iniciales o su nombre a continuación, reconoce y acepta que esto representa su firma y da fe de que toda la información se proporciona en este formulario.**

1. Yo / nosotros, certifico (camos) que recibí (mos) individualmente fuentes de ingresos sin documentos:

Semanal _____ o

Mensual _____ o

Anual _____

Tipo de ingreso

Iniciales

2. Yo / nosotros tenemos ingresos actualmente y no se espera ningún cambio en mi situación financiera o en mi situación laboral durante los próximos 12 meses.

Iniciales

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación y el pago requerido de todos y cada uno de los beneficios recibidos a través del Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler de Indiana.

Nombre impreso de Solicitante/Inquilino * Firma de Solicitante/Inquilino Fecha

Nombre impreso de Solicitante/Inquilino * Firma de Solicitante/Inquilino Fecha

Nombre impreso de Solicitante/Inquilino * Firma de Solicitante/Inquilino Fecha

Nombre impreso de Solicitante/Inquilino * Firma de Solicitante/Inquilino Fecha