



RentReliefRI

ATESTACIÓN

Deben completar todas las secciones de esta atestación.

NOMBRE DEL SOLICITANTE :

EMAIL DEL SOLICITANTE:

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:

SECCIÓN 1.COVID Privación

Doy fe de que lo siguiente es cierto:

- Pérdida de ingresos **debido** a COVID-19
- Perdí ingresos **durante** COVID-19

Describa su reducción de ingresos y otras dificultades económicas:

Doy fe de que lo siguiente es cierto:

- Pérdida de empleo
(p.ej., cerrado / cerrado durante la pandemia, despedido del empleador durante COVID, etc.)
- Reducción de ingresos
(p. ej., reducción de horas en el trabajo, pérdida de un segundo empleo, pérdida de horas extraordinarias, etc.)
- Dejó el trabajo debido a un problema relacionado con COVID
(p. ej., pérdida del cuidado infantil, no pudo trabajar debido a la preocupación de contraer COVID, etc.)
- Aumento de los gastos durante la pandemia
(p. ej., aumento de los gastos del cuidado infantil, aumento de las facturas de servicios públicos debido al trabajo desde casa, aumento de los gastos de los alimentos y otras necesidades, etc.)
- Otro (describa su dificultad de COVID):

SECCIÓN 2. Ingreso

- Doy fe de que los ingresos de mi hogar son actualmente cero. No tenemos ingresos de ninguna fuente.

- Doy fe de que me quedé desempleado en _____ .
 - Sigo recibiendo beneficios por desempleo.
 - Ya no recibo beneficios por desempleo.

- Doy fe de que lo siguiente es una lista completa y precisa de mis ingresos y los ingresos de todos los miembros de mi hogar, incluidos salarios, propinas, horas extra, desempleo, asistencia del gobierno, manutención y pensión alimenticia, pensión / seguridad social y otros ingresos. Doy fe de que no tengo otras fuentes de ingresos que las que se enumeran a continuación.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR	FECHA DE INGRESO	FUENTE DE INGRESO	CANTIDAD DE INGRESOS	FRECUENCIA DE INGRESOS	INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL PROVEEDOR DE INGRESOS

SECCIÓN 3. Renta vencida

Doy fe de que la siguiente es una lista completa y precisa de mi alquiler vencido.

NOMBRE DEL PROPIETARIO O EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO <i>MES / AÑO</i>	CANTIDAD VENCIDA
	CANTIDAD TOTAL VENCIDA:	

SECCIÓN 4. Riesgo de falta de vivienda o inestabilidad de la vivienda

- Doy fe de que uno o más miembros de mi hogar corren el riesgo de sufrir desamparo o inestabilidad en la vivienda por las siguientes razones (seleccione todas las que correspondan):
- Mi hogar no tiene ingresos y no puede pagar el alquiler y otras necesidades básicas.
 - Mi hogar tiene ingresos pero son insuficientes para pagar el alquiler y otras necesidades básicas.
 - Tengo un desalojo.
 - Tengo un aviso de demanda de 5 días o una factura de servicios públicos vencida.
 - Si perdemos nuestra unidad de vivienda, no tendremos otro lugar donde vivir.
 - Otro (proporcione una breve descripción de su riesgo de quedarse sin hogar o inestabilidad de la vivienda):

- Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en esta Declaración es verdadera y correcta.** Entiendo que proporcionar declaraciones falsas es un acto de fraude y que el fraude será procesado con todo el peso de la ley y puede descalificarme de los programas de asistencia.

FIRMA DEL SOLICITANTE
NOMBRE DEL SOLICITANTE
FECHA

INSTRUCCIONES: Además del solicitante, otra (s) persona (s) con conocimiento puede dar fe de uno o más de los elementos anteriores en nombre del solicitante firmando y completando la siguiente sección.

Adjunte páginas adicionales si es necesario.

FIRMA
NOMBRE
FECHA

NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN
(SI APLICA)**
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:

- PROPIETARIO
 EMPLEADOR
 TRABAJADORA DE CASO
 AGENCIA DEL GOBIERNO
 SIN ÁNIMO DE LUCRO
 OTRO : _____