

# DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS CERO

## Programas CoC 507 de HUD

Yo, \_\_\_\_\_, he solicitado asistencia de emergencia o asistencia de renta. Las regulaciones del programa requieren la verificación de todos los ingresos de los hogares participantes.

Los ingresos incluyen pero no se limitan a:

- Brutos sueldos, salarios, pago de horas extras, comisiones, honorarios, propinas y bonos
- Ingresos netos de la operación de un negocio o del alquiler o propiedad personal real
- Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo de propiedad personal real
- Pagos periódicos recibidos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad o muerte y otros tipos similares de pagos periódicos
- Pago (s) a tanto alzado por el inicio retrasado de un pago periódico (excepto lo dispuesto en 24 CFR 5.609 (b)(5))
- Pagos en lugar de las ganancias, como el desempleo y la pensión por invalidez, compensación de trabajadores, y la indemnización por despido
- Asistencia pública
- Pagos de pensión alimenticia y manutención de los hijos (ya sea a través del sistema judicial o no)
- Pago regular, pago especial y subsidios de un jefe de familia o cónyuge que sea miembro de las Fuerzas Armadas (viva o no en la vivienda)
- Regalos monetarios regulares de familiares y/o amigos

Durante este proceso de verificación, he declarado que no tengo ingresos, hasta 90 días, en este momento. No he recibido ingresos desde \_\_\_\_\_ (fecha). No espero recibir ningún ingreso hasta \_\_\_\_\_ (fecha). Yo solicité \_\_\_\_\_ (otra asistencia financier) en \_\_\_\_\_ (fecha).

*Entiendo que cualquier tergiversación de información o la falta de divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme para participar en el \_\_\_\_\_ programa, y puede ser motivo de terminación de la asistencia. ADVERTENCIA: es ilegal proporcionar información falsa al gobierno cuando solicita programas de beneficios públicos federales según la Ley de Remedios Civiles por Fraude de Programas de 1986, 31 U.S.C. § 3801- 3812.*

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que es mi responsabilidad informar todos los cambios en la composición o ingresos de mi hogar por escrito dentro de los (10) días hábiles de dicho cambio.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Case Manager/Care Coordinator's Notes: