

Autocertificación de ingresos anuales por beneficiario

INSTRUCCIONES: Esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el "Ingreso (bruto) anual", el número de miembros beneficiarios en la familia u hogar (según corresponda según la actividad) y las características relevantes de cada miembro. Para efectos de determinación de ingresos. Para completar esta declaración, seleccione la definición de ingreso utilizada, llene los campos en blanco a continuación y marque solo las casillas que se aplican a cada miembro. Los miembros beneficiarios adultos luego deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación fuente se proporcionará a pedido.

******* Información del beneficiario *******

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Correo electrónico _____

| | |
|------------|-------------|
| Dirección: | Ciudad: |
| Teléfono: | Estado: CP: |

Donde Naciste? _____ **Eres un ciudadano de los Estados Unidos?** si no

Prueba de residencia en Gwinnett/ ciudadanía estadounidense: (verifique el document que se presenta a continuación)

- Licencia de conducir
- Identificación emitida por el gobierno
- Tarjeta de residencia permanente
- Factura de servicios públicos

Información de miembro:

| Nombre de pila: | JH | CJ | DES | 62+ | S≥18 | <18 | <15 |
|-----------------|----|----|-----|-----|------|-----|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

JH = Jefe de Hogar; CH = Co-Jefe de Familia; DIS = Persona con discapacidad; 62+ = Persona de 62 años o más; S≥18 = Estudiante de tiempo completo de 18 años o más; <18 = Niño menor de 18 años; <15 = Menor de 15 años

[Pick the date]

Declaracion De COVID

Certifico que nuestra familia se ha visto directamente afectada por Covid y los servicios brindados por esta organización Brindarán asistencia durante este tiempo de dificultades. Nuestros ingresos anuales combinados, así como los datos de ingresos bajos y moderados, certifican nuestra elegibilidad para los servicios brindados por esta organización en asociación con el HUD CDBG programa. * Iniciales _____.

| Informacion de ingresos | Cantidad por mes | Agency Verified Docs N Y |
|--|-------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Empleo | | |
| <input type="radio"/> Desempleo | | |
| <input type="radio"/> Seguridad Social | | |
| <input type="radio"/> Discapacidad | | |
| <input type="radio"/> Pension | | |
| <input type="radio"/> Manutencion de los hijos | | |

Otro: _____

Ingreso bruto anual (total de todos los miembros X 12) = \$ _____

CETIFICACION

Certifico/certificamos que esta información es completa y precisa. Yo/nosotros acordamos proporcionar, previa solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al administrador del programa/beneficiario de HUD.

*Iniciales _____

SELF CERTIFICATION OF ANNUAL INCOME BY BENEFICIAR

| JEFE DE HOGAR | | |
|----------------------|------------------------|--------------|
| FIRMA | NOMBRE IMPRESSO | FECHA |
| | | |

| OTROS ADULTOS BENEFICARIOS* | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------|
| FIRMA | NOMBRE IMPRESSO | FECHA |
| | | |

ADVERTENCIA: La información provista en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. declaración fraudulenta a un departamento del Gobierno de los Estados Unidos.