

Formulario de autocertificación de ingresos cero



Sólo con fines informativos. Solo se puede firmar y enviar el formulario en inglés.

El Programa de capacitación para la recuperación de la fuerza laboral (Programa) de Reconstruir Florida requiere que las fuentes de ingresos estén verificadas y documentadas. Complete la información que se encuentra a continuación sólo si no tiene ninguna fuente o fuentes de ingresos. Una vez completado, envíe este formulario al subreceptor apropiado. **Si tiene alguna fuente de ingresos, NO complete este formulario. Debe completar el formulario de autocertificación de ingresos. Consulte con el socio del programa apropiado para recibir el formulario correcto.**

Yo, _____, he solicitado o soy miembro de la familia que solicitó la asistencia del programa. Entiendo que las regulaciones del programa requieren la verificación de todas las fuentes de ingresos de los miembros del hogar de 18 años de edad o mayores. Soy consciente de que los ingresos incluyen, pero no se limitan a:

- Salarios, sueldos, pago de horas extras, comisiones, honorarios, propinas y bonificaciones;
- Ingresos por cuenta propia de la operación de una empresa, incluyendo las propiedades y las asociaciones;
- Ingresos de una granja;
- Ingresos netos por alquiler;
- Intereses, dividendos o ingresos de patrimonios o fideicomisos;
- Jubilación de la seguridad social o del ferrocarril;
- Ingreso de seguridad suplementario, ayuda a las familias que tienen hijos dependientes, u otros programas de asistencia pública o bienestar público;
- Pensiones de jubilación, supervivencia o incapacidad;
- Pagos a Veteranos (VA por sus siglas en inglés);
- Pago en lugar de ingresos, como compensación por desempleo, asistencia para volver a estar empleado, compensación por discapacidad, compensación al trabajador e indemnización por despido;
- Pensión alimenticia (o pagos de manutención separados);
- Pagos periódicos recibidos por anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, beneficios por incapacidad o muerte (excepto los ingresos del seguro recibidos como resultado de la muerte de alguien) y otros tipos similares de recibos periódicos;
- Pago o pagos de una suma global por retraso al iniciar un pago periódico (excepto según lo dispuesto en 24 CFR 5.609(b)(5));
- Paga regular, paga especial y subsidios de un jefe de familia o cónyuge que sea miembro de las Fuerzas Armadas (Ya sea que viva o no en la vivienda);
- Regalos monetarios regulares de parte de la familia y/o amigos; y
- Otros ingresos, incluyendo premios y subvenciones; juegos de azar, lotería o ganancias de rifas; honorarios por servir como jurado.

He declarado durante este proceso de verificación que no tengo ingresos en este momento. Entiendo que cualquier tergiversación de la información o la falta de divulgación de la información solicitada en este formulario podría descalificar al hogar para que sea elegible para el programa. También entiendo que esta declaración de certificación puede estar sujeta a una verificación adicional por parte del departamento de vivienda y desarrollo urbano de los Estados Unidos, el programa o cualquier otra agencia estatal o federal. Por lo tanto, autorizo dicha verificación y proporcionaré los documentos de apoyo, de ser necesario.

ADVERTENCIA: Título 18, sección 1001 del código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer a sabiendas y voluntariamente declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Marque uno:

- SOLICITANTE PARTICIPANTE MIEMBRO DEL HOGAR

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____
Nombre en letra de imprenta Firma Fecha

VERIFICACIÓN DEL PERSONAL

Certifico que la persona cuya firma aparece arriba proporcionó la información consignada en este formulario.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____
Nombre en letra de imprenta Firma Fecha