

Formulario de autocertificación de ingresos



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 siguiente información solo si no tiene otra manera de documentar sus ingresos. Una vez completado, envíe este formulario al subreceptor apropiado. **Si no tiene ninguna fuente de ingresos, NO complete este formulario. Debe completar el formulario de certificación de ingresos cero. 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.

JUSTIFICACIÓN PARA EL AUTO CERTIFICADO	
<i>Por favor, compruebe todas las aplicaciones*</i>	
<input type="checkbox"/> Me pagan en efectivo.	<input type="checkbox"/> No recibo talones de pago.
<input type="checkbox"/> No recibo cheques de pago.	<input type="checkbox"/> No puedo recibir una carta de mi empleador.

INFORMACIÓN DE INGRESOS			
Ingresos en efectivo	\$	Con qué frecuencia (Semanal, mensual, etc.)	
Empleador			
Dirección del empleador			

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos. Entiendo que cualquier tergiversación de la información o la falta de divulgación de la información solicitada en este formulario podrían descalificar al hogar para que sea elegible para el Programa. También entiendo que esta autoafirmación puede estar sujeta a una mayor verificación 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