



ANDREW M. CUOMO
Governor

Homes and Community Renewal

RUTHANNE VISNAUSKAS
Commissioner/CEO

Programa de Alivio de Alquiler por COVID

Atestación ampliada del Solicitante: Ingreso Cero

A. Instrucciones

Los solicitantes del Programa de Alivio de Alquiler por COVID (CRRP) deben completar este formulario cuando el programa les notifique, ya sea por teléfono, correo electrónico o correo postal. Usted y cada miembro adulto de su hogar deben completar este formulario para proporcionar la información adicional necesaria para procesar su solicitud y verificar su elegibilidad para recibir asistencia. En su solicitud, informó que no obtuvo ingresos en 2020 durante al menos un mes después de COVID (después del 1 de Abril).

Tenga en cuenta: este formulario debe completarse en inglés. Si necesita ayuda para completar este formulario, incluida la interpretación, comuníquese con el (833) 499-0318.

Para asegurar su lugar en la lista de espera de COVID RRP, los solicitantes deben completar todas las secciones requeridas y regresar dentro de los siete (7) días calendario posteriores a la fecha en que recibió este formulario. Este formulario debe devolverse utilizando el portal del solicitante como se indica en el correo electrónico que recibio del programa, o por correo si es necesario. Si no está seguro de cómo enviarlo, llame al (833) 499-0318.

B. Información del solicitante (REQUERIDA)

Nombre del Solicitante: _____

Dirección del Solicitante: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Número de confirmación de la solicitud COVID RRP: _____

(Solo si envió su solicitud utilizando la página web de COVID RRP)

¿Cómo envió su solicitud? Papel Portal en línea

Sección C: Cero ingresos (Obligatorio si informó Cero ingresos)

Complete esta sección si declaró Cero ingresos en su solicitud de COVID RRP después de COVID (**después del 1 de Abril**).

Certifico que durante los meses enumerados a continuación para 2020 no recibí ningún ingreso (marque cada mes en el que tuvo Cero ingresos):

___ Abril

___ Mayo

___ Junio

___ Julio

Certifico que durante los meses marcados anteriormente, NO recibí ingresos de ninguna de las siguientes fuentes:

1. Empleo por cualquier empleador público o privado
2. Beneficios de compensación por desempleo;
3. Beneficios del Seguro Social;
4. Cualquier tipo de beneficios de anualidades;
5. Asistencia pública;
6. Manutención infantil;
7. Pensión o beneficios para veteranos;
8. Beneficios por maternidad u otras licencias;
9. Dinero de amigos, parientes u organizaciones de ayuda de forma regular;
10. Ingresos de cualquier otra fuente.

Sección D. Firma (REQUERIDA)

Certificación:

Por la presente certifico bajo las sanciones previstas por la ley que la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo y acepto que si no divulgo todos los ingresos o pagos de alquiler, puedo ser responsable de pagar al Estado de Nueva York el monto total de los beneficios recibidos indebidamente, más los cargos por intereses.

Inquilino / Miembro del hogar

Fecha