



ANDREW M. CUOMO  
Governor

# Homes and Community Renewal

RUTHANNE VISNAUSKAS  
Commissioner/CEO

## Programa de Alivio de Alquiler por COVID

### Atestacion de Solicitante ampliada: Alta carga de alquiler

#### 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, como solicitante, debe 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 su pago de alquiler mensual excedía el 60% por ciento de sus ingresos mensuales antes del COVID (antes del 1 de Abril de 2020)

**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 COVIDRRP, 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 debería haber recibido del programa, o por correo si es necesario. Si no está seguro de cómo enviarlo, llame al (833) 499-0318.**

#### B. Informacion del solicitante (REQUERIDA)

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Direccion 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: Carga de alquiler (obligatorio si informó una carga de alquiler superior al 60%)**

Certifico que personalmente pago lo siguiente en alquiler cada mes por la dirección anterior:  
\$ \_\_\_\_\_.

Certifico que ninguna otra persona u organización contribuye a este pago de alquiler, incluidos, entre otros, compañeros de habitación, miembros de la familia, organizaciones benéficas / sin fines de lucro o cualquier programa local, Estatal o Federal.

**Sección D. Firma (REQUERIDA)**

**Certification:**

Por la presente certifico bajo las sanciones previstas por la ley que la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo y estoy de acuerdo 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