**Certificación de que no tiene ingresos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del inquilino principal:** | |  |
|  | |  |
| **Dirección:** |  | |

**Si algún miembro adulto de la familia carece de ingresos, complete la siguiente certificación. Si no es así, escriba No corresponde:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Inquilino) certifico que estoy desempleado y que no recibo ingresos, prestaciones o ayuda financiera de ninguna agencia federal, estatal o local o de cualquier otra entidad privada. Entiendo que las declaraciones o información falsas proporcionadas al propietario con fines de asistencia de alquiler a través del Programa de asistencia de alquiler de emergencia (Emergency Rental Assistance (ERA)) del condado de Fairfax podría dar como resultado la denegación del Programa ERA del condado de Fairfax. Entiendo que no informar sobre los ingresos como se indicó anteriormente es motivo de denegación del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia del condado de Fairfax. También entiendo que porque no tengo ingresos, se volverán a evaluar mis ingresos familiares en tres meses. Acepto cooperar con cualquier evaluación adicional de mis ingresos para seguir recibiendo asistencia.

***Entiendo que cualquier tergiversación de la información o la falta de divulgación de información solicitada en este formulario puede descalificarme de participar en el Programa ERA del condado de Fairfax y puede ser motivo para la terminación de la asistencia****.*

***ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios o de inversión pública federales de acuerdo con la Ley de Recursos Civiles de Fraude del Programa de 1986, Código de los Estados Unidos (United States Code (USC)), título 31, sección 3801-3812.***

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma: |  | Fecha: |  |