

## Autocertificación de pérdida de ingresos/gastos importantes/dificultades financieras

Nombre del inquilino principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

El inquilino ha sufrido una pérdida de ingresos debido a la pandemia de COVID-19/Coronavirus.

Seleccione a continuación el motivo o motivos de la pérdida de ingresos:

Despedido

El lugar de trabajo ha cerrado.

Reducción de las horas de trabajo.

Reducción o eliminación de la manutención de los hijos o del cónyuge.

No ha podido trabajar y/o ha perdido horas por enfermedad.

Incapacidad para encontrar trabajo/participar en un empleo debido a una enfermedad.

Otro

Entiendo que cualquier tergiversación de información o no divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme de la participación en el Programa de Asistencia Financiera CSP del Condado de Fairfax y puede ser motivo para la terminación de la asistencia.

ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno cuando se solicitan programas públicos o de prestaciones federales en virtud de la Ley de Recursos Civiles contra el Fraude en Programas de 1986, 31 U.S.C. Secciones 3801-3812.

Por favor, describa su pérdida de ingresos debido a la pandemia de Coronavirus, incluyendo la(s) circunstancia(s) que provocaron la pérdida de ingresos:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

