

Descargue, complete y envíe esto a su especialista en elegibilidad cuando se comuniquen con usted

Certificación de Ingresos debido al COVID-19

Yo, _____(nombre), por la presente declaro que:

- Mi ingreso actual es de \$_____ (ingreso por mes). No tengo ninguna prueba documentada de ingresos.
- Estoy solicitando ayuda de Caridades Católicas de la Arquidiócesis de Galveston – Houston.
- Mi hogar está formado de _____(número) personas.
- Los ingresos de mi hogar antes de la crisis actual eran _____ (ingreso por mes).

La razón de la pérdida de ingresos es:

Certifico que la información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que la información será verificada al grado posible y que puedo ser objeto al procesamiento por proporcionar la información falsa o fraudulenta.

Nombre del solicitante

Firma

Fecha

Razón para la auto-declaración (completada por el personal de Caridades Católicas)