

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS NULOS

(Cada miembro adulto del grupo familiar debe llenar este formulario)

Nombre de la cabeza del grupo familiar: _____ N.º de unidad: _____

Nombre y dirección de la urbanización: _____

A. En los próximos 12 meses, ¿recibirá ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

(Debe proporcionar información adicional para verificar todas las respuestas afirmativas)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Salarios, bonificaciones, comisiones, propinas, etc. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trabajo por cuenta propia (incluye Uber/Lyft, ventas en línea, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Anualidades, pólizas de seguro, acciones, etc. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Indemnización laboral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pensiones, IRA, 401K |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pagos por discapacidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ingresos por propiedad en alquiler |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Beneficios por fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Intereses o dividendos de activos, incluidas las cuentas bancarias |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Consultoría de ventas directas, tal como Mary Kay, Tupperware, Pampered Chef, etc. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ayuda para pagar las facturas u otros gastos o donaciones periódicas en dinero por parte de familiares o amigos que no viven con usted (incluyendo donaciones en línea tales como GoFundMe o a través de un banco local) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trabajo remunerado en efectivo (cuidado de niños, cuidado de césped, etc.) |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cualquier otra fuente (en caso afirmativo, explique a continuación) |

B. Marque la ÚNICA afirmación que se aplique a usted:

- No espero tener ninguna fuente de ingresos en los próximos 12 meses.
- Me han contratado para un nuevo trabajo o voy a recibir otra fuente de ingresos en breve. Le daré más información para que la verifique.

C. Si ha marcado "No" para cada fuente de ingresos en la sección A, y no espera tener ninguna fuente de ingresos en los próximos 12 meses, explique cómo pagará lo siguiente (escriba N/A si el costo no se aplica a su grupo familiar):

- Alquiler (incluido el alquiler del garaje, si corresponde) _____
- Servicios públicos _____
- Alimentos _____
- Ropa _____
- Útiles escolares _____
- Teléfono móvil o teléfono fijo _____
- TV (cable, antena, satélite) e/o internet _____
- Atención médica _____
- Medicamentos y recetas _____
- Productos de cuidado personal (champú, pasta de dientes, etc.) _____
- Gastos del vehículo (pagos del automóvil, seguro, combustible, etc.) _____
- Pagos de saldos de tarjetas de crédito _____
- Otros gastos no mencionados previamente _____
- Comentarios adicionales _____

Bajo pena de perjurio, yo (nosotros) certifico (certificamos) que la información presentada en esta certificación es verdadera y fidedigna según mi (nuestro) leal saber y entender. Además, entiendo que efectuar declaraciones falsas constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede ocasionar la rescisión de mi contrato de arrendamiento. Entiendo que se me puede pedir que actualice de manera periódica esta información según lo solicite el propietario o agente.

Firma del solicitante/inquilino

Fecha