

Programa de Ayuda al Alquiler de Wisconsin (WRAP)

Ingreso y vivienda

Certificación debido al COVID-19

Las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia WRAP

Fecha de solicitud	Agencia WRAP	ID de la persona
Nombre y apellido del solicitante		
Tipo de ingreso afectado por COVID-19		
Por favor marque por qué su ingreso fue afectado por COVID-19: <input type="checkbox"/> Cierre de la empresa <input type="checkbox"/> Trabajo estacional <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Cierre de escuelas <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique):		
Por favor confirme marcando la casilla que no ha podido pagar la renta y corre riesgo de perder su vivienda o enfrentar un desalojo debido a eventos relacionados con COVID. <input type="checkbox"/>		

Por la presente certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que me pueden pedir que presente registros y documentos que respalden la información proporcionada. Entiendo que si doy información incorrecta o incompleta, podría causar que cambiaran mi beneficio de asistencia al alquiler. Al escribir mi nombre en el campo "Firma del solicitante", indico que soy la persona mencionada, y que esta entrada es el equivalente legal de una firma manual/escrita a mano. Además entiendo que puedo imprimir el documento y firmar a mano.

Firma del solicitante

Fecha de firma



Creado 6/2020

