Programa de Ayuda al Alquiler de Wisconsin (WRAP)
Formulario de cero ingresos (ZIF) de un mes debido a COVID-19

Las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia WRAP

Fecha de vencimiento:	Nombre:
Núm. de solicitud:	☐ Jefe del caso ☐ Miembro del grupo familiar:

1. Última fecha de empleo: _____

2. ¿Recibió dinero por trabajar en el mes anterior? ☐ Sí* ☐ No

   *Ejemplo: trenzar cabello, cuidar niños, mantenimiento de jardines/nieve, reparación de automóviles, etc.

3. Indique cualquier dinero que haya recibido de familia, amigos o donaciones en el mes anterior especificado. Por favor especifique si el dinero se recibió como préstamo o como regalo/donación y quién se lo dio:

Enumere el mes anterior		
Identifique tipo	☐ Préstamo	☐ Regalo/donación*
Cantidad recibida		
De quién		

   **Si recibió un regalo o donación, es necesario una declaración verbal o escrita del que le dio el regalo.*

4. ¿Alguien le ayudó a pagar sus cuentas durante el mes anterior indicado arriba?
   Si contesto **Sí***, complete la siguiente información de contacto: ☐ Sí ☐ No

   *Si le ayudó más de una persona, por favor adjunte una hoja adicional de papel.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código ZIP

Número de teléfono: _____ (Tipo: ☐ casa ☐ celular ☐ trabajo)

5. Por favor enumere los siguientes gastos mensuales y explique cómo ha pagado los gastos del grupo familiar:

Gasto	**Monto del gasto mensual**	**Explicación**
Alimentos		
Vivienda		
Transporte		
Servicios públicos		
Necesidades vitales básicas*		

*Ejemplo: Ropa, pañales, suministros de limpieza, productos de higiene persona, etc.

Explique cómo ha pagado sus cuentas mensuales en los últimos 30 días: _____

_____

_____

_____

Certifico que la información proporcionada arriba son declaraciones verdaderas y completas de los hechos. También entiendo que me pueden pedir entregar prueba de la información proporcionada y que dar información falsa anulará este formulario y es posible que tenga que devolver los beneficios recibidos en base a la información falsa.

_____ _____

Firma Fecha