

**OFICINA DEL INSPECTOR GENERAL
PO BOX 191733
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1733**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LEY 168 DEL 12 DE AGOSTO DE 2000, SEGÚN
ENMENDADA, LEY DE MEJORAS AL SUSTENTO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA
(ENMIENDA NÚM. 3 DEL 3 DE ENERO DE 2014)ⁱ**

YO, _____ hago constar que no estoy en incumplimiento con las disposiciones de la Ley 168-2000, según enmendada, mejor conocida como “Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada”.

☐ **Certifico que no estoy** sujeto(a) por orden judicial o administrativa, a la realización de alguna aportación económica o cumplir con alguna obligación, a tenor con la Ley Núm. 168, *supra*. _____ **(iniciales)**

☐ **Certifico que estoy** sujeto(a) por orden judicial o administrativa, a la realización de alguna aportación económica o cumplir con alguna obligación, a tenor con la Ley Núm. 168, *supra*. (mostrar evidencia a esos efectos que certifique que se encuentra en cumplimiento con el pago de la aportación económica impuesta bajo la Ley 168, “Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada”). _____ **(iniciales)**

Certifico que posterior a mi fecha de ingreso al Programa de Prácticas Supervisadas de la Oficina del Inspector General (OIG), de tener cualquier acuerdo de pago de aportación económica o con obligación impuesta, mostraré evidencia a esos efectos que certifique que me encuentro en cumplimiento con el pago de la aportación económica impuesta bajo la Ley 168-2000, “*Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada*”.

Certifico que la información ofrecida por mí en esta certificación es cierta, que he expuesto la misma de buena fe sin desvirtuar los hechos, ni cometer fraude. Afirmo que los documentos anejados, si alguno, son de carácter oficial y que no han sido alterados. Tengo conocimiento de que cualquier información falsa, tergiversación de hechos u omisión de información hechos en forma deliberada de mi parte; serán causa suficiente para que se me declare inelegible como participante. Autorizo a la OIG a realizar cualquier investigación sobre la información aquí expuesta de considerarla necesaria.

Firma del Estudiante

Fecha

ⁱ Este formulario se llena como parte del Programa de Prácticas Supervisadas de la Oficina del Inspector General de Puerto Rico y no constituye un formulario de empleo ni derecho propietario sobre ningún puesto en el servicio público.