### AUTO-CERTIFICACIÓN (FORMULARIO DV-CV-FP-003)

**PROGRAMA DE FACILIDADES PÚBLICAS EN RESPUESTA AL COVID-19**

El documento siguiente tiene como propósito certificar una condición que, junto a otros requisitos, podría cualificarle para recibir los servicios del Programa. La misma se manejará de manera confidencial, y separada de su expediente de caso.

**Nombre del Participante:** Click or tap here to enter text.

**Dirección:** Click or tap here to enter text.

**(Si la persona no tiene hogar, favor de indicar N/A en el campo de dirección)**

**DECLARACIÓN**

Yo me considero en una de las categorías siguientes:

Encargado de menor víctima de maltratado

Víctima de violencia doméstica

Personas sin hogar

**Favor de iniciar cada una de las aseveraciones:**

\_\_\_\_\_\_\_ Reconozco que uno de los requisitos para la asistencia a través del Programa CDBG-CV está basado en la condición que incluyo en esta certificación.

\_\_\_\_\_\_\_ Reconozco que la información que aquí he incluido puede ser sujeta a verificación por parte del Municipio o del Departamento de la Vivienda de Puerto Rico, como administrador de los fondos.

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. Entiendo que esta información es provista para la determinación de elegibilidad del Programa CDBG-CV y que los oficiales del Municipio o el Departamento de la Vivienda pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que, de acuerdo al el Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU., si deliberadamente proveo información falsa puedo estar sujeto(a) a que me procesen conforme a las leyes estatales y federales que apliquen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **FIRMA DEL PARTICIPANTE** |  | **FECHA** |