# Formulario A: Certificación de No Ingresos o Ingresos Solamente en Efectivo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si no hay disponible otra documentación,** al solicitar o renovar los programas de Ryan White Part B y HOPWA se puede usar este formulario para declarar ingresos en la cantidad de cero o ingresos recibidos solamente en efectivo.  **Este formulario NO se puede usar para declarar cualquier ingreso que no se recibe en efectivo.** | | |
| **Primer Nombre:** | **Apellido:** | **Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **SIN PRUEBA DE INGRESOS (para completar el/la solicitante)** |
| **Yo declaro que actualmente no tengo ingresos de cualquier forma,** incluso a través de empleo o de otras fuentes (como beneficios de desempleo, intereses, pensión, Seguro Social/Incapacidad (SSDI), etc.) |
| **Favor de proveer una breve descripción de las condiciones y/o acuerdos que se aplican:** (ejemplos: yo me mantengo, pero vivo con familia y/o amistades que solamente me proveen vivienda y/o comida, vivo en un albergue, vivo en un centro de rehabilitación, etc.) |

|  |
| --- |
| **VERIFICACIÓN DE INGRESOS RECIBIDOS EN EFECTIVO (para completar el/la solicitante)** |
| **Yo declaro que recibo ingresos en efectivo** y que NO HAY OTRA FORMA DE DOCUMENTACIÓN (talones de cheque, recibos, formularios de impuestos, una carta de mi empleador, etc.) a cual tengo acceso. |
| **A través de pagos en efectivo, yo gano aproximadamente $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por periodo de pago.**  **Mi periodo de pago es (llene UNO):**  por hora  por día  semanal  mensual  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Mi frecuencia de trabajo es (número de horas por mes, número de meses por año, etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Seleccione uno:**  Los ingresos en efectivo declarados arriba son mi única fuente de ingresos  Tengo otros ingresos además de los ingresos en efectivo y proveo documentación de ellos en mi solicitud para HOPWA. |

|  |
| --- |
| **CERTIFICACIÓN (para completar el/la solicitante)** |
| *Con poner mis siglas a la izquierda de cada declaración y firmar abajo yo acepto que:* |
| Yo entiendo que la verificación de ingresos se requiere para determinar la elegibilidad para todos los programas de Ryan White y HOPWA. |
| Yo entiendo que puede que el programa que estoy solicitando verifique la información en este formulario y puede que se requiera que yo entrego documentos adicionales si se me pide. No hacerlo antes de la fecha limite especificada causará que mi archivo del programa se cierra. |
| Yo entiendo que si cambian mis ingresos, debo avisar a mi gerente de casos de forma inmediata. |
| Yo entiendo que si presento falsedades a propósito en este formulario, puede que se me requiera reembolsar los beneficios al programa y que me enjuicien bajo las leyes estatales y federales aplicables. |
|  |

Solicitante (En Letra de Molde) Firma de Solicitante Fecha

**Representante de Entidad:** Con firmar abajo, yo declaro que el propósito de este formulario y el Client Certification & Release adjunto se ha explicado al o la cliente y que por lo que se sabe hoy la información en este formulario es correcta y completa.

Representante de Entidad o Testigo (En Letra de Molde) Firma de Representante de Entidad o Testigo Fecha