

**CERTIFICACIÓN DE INGRESOS NULOS**

(Cada miembro adulto del grupo familiar debe llenar este formulario)

Nombre de la cabeza del grupo familiar: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la urbanización: \_\_\_\_\_

**A. En los próximos 12 meses, ¿recibirá ingresos de alguna de las siguientes fuentes?**

*(Debe proporcionar información adicional para verificar todas las respuestas afirmativas)*

- |                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Salarios, bonificaciones, comisiones, propinas, etc.                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trabajo por cuenta propia (incluye Uber/Lyft, ventas en línea, etc.)               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Beneficios por desempleo                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Anualidades, pólizas de seguro, acciones, etc.                                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Indemnización laboral                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pensiones, IRA, 401K                                                               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pagos por discapacidad                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ingresos por propiedad en alquiler                                                 |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pensión alimenticia                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Beneficios por fallecimiento                                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Manutención infantil                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Intereses o dividendos de activos, incluidas las cuentas bancarias                 |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Seguridad Social                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Consultoría de ventas directas, tal como Mary Kay, Tupperware, Pampered Chef, etc. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ayuda para pagar las facturas u otros gastos o donaciones periódicas en dinero por parte de familiares o amigos que no viven con usted (incluyendo donaciones en línea tales como GoFundMe o a través de un banco local) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trabajo remunerado en efectivo (cuidado de niños, cuidado de césped, etc.)         |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cualquier otra fuente (en caso afirmativo, explique a continuación)                |

**B. Marque la ÚNICA afirmación que se aplique a usted:**

- No espero tener ninguna fuente de ingresos en los próximos 12 meses.
- Me han contratado para un nuevo trabajo o voy a recibir otra fuente de ingresos en breve. Le daré más información para que la verifique.

**C. Si ha marcado "No" para cada fuente de ingresos en la sección A, y no espera tener ninguna fuente de ingresos en los próximos 12 meses, explique cómo pagará lo siguiente (escriba N/A si el costo no se aplica a su grupo familiar):**

- Alquiler (incluido el alquiler del garaje, si corresponde) \_\_\_\_\_
- Servicios públicos \_\_\_\_\_
- Alimentos \_\_\_\_\_
- Ropa \_\_\_\_\_
- Útiles escolares \_\_\_\_\_
- Teléfono móvil o teléfono fijo \_\_\_\_\_
- TV (cable, antena, satélite) e/o internet \_\_\_\_\_
- Atención médica \_\_\_\_\_
- Medicamentos y recetas \_\_\_\_\_
- Productos de cuidado personal (champú, pasta de dientes, etc.) \_\_\_\_\_
- Gastos del vehículo (pagos del automóvil, seguro, combustible, etc.) \_\_\_\_\_
- Pagos de saldos de tarjetas de crédito \_\_\_\_\_
- Otros gastos no mencionados previamente \_\_\_\_\_
- Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

Bajo pena de perjurio, yo (nosotros) certifico (certificamos) que la información presentada en esta certificación es verdadera y fidedigna según mi (nuestro) leal saber y entender. Además, entiendo que efectuar declaraciones falsas constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede ocasionar la rescisión de mi contrato de arrendamiento. Entiendo que se me puede pedir que actualice de manera periódica esta información según lo solicite el propietario o agente.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/inquilino

\_\_\_\_\_  
Fecha