HOUSING AUTHORITY
OF THE COUNTY OF SANTA CRUZ

2160 41st Avenue, Capitola, CA 95010 Telephone: (831) 454-9455, Hollister: (831) 637-0487
Fax: (831) 469-3712, TDD (831) 475-1146
www.hacosantacruz.org

AUTO-CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE HECHOS

Persona principal de la familia: _____ N° de ident. del inquilino: _____

Dirección: _____ _____ Teléfono: _____

Al firmar este formulario yo, _____ certifico que : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Reconozco además y comprendo que esta Auto-certificación es verdadera, correcta y completa y en ella se basará la determinación de mi ayuda en el programa de Comprobante para Selección de Viviendas de la Sección 8 o de Vivienda Pública de Bajos Ingresos. Cualquier declaración errónea o falsa puede dar como resultado la denegación o la pérdida de la ayuda de vivienda. Comprendo además que cualquier representación falsa en mi declaración podrá ser considerada como fraude y se me puede obligar a pagar toda la ayuda de vivienda que se le pagó a mi familia debido al fraude.

ADVERTENCIA – EL TÍTULO 18 DE LA SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE CUALQUIER PERSONA SERÁ CULPABLE DE FELONÍA SI HACE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

X _____

Nombre en letra de imprenta Firma Fecha

X _____

Nombre en imprenta la persona principal de la familia Firma Fecha