



Clave de aplicación: \_\_\_\_\_

Declaración de miembros del hogar ausentes

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), estando en pleno uso de mis facultades mentales y teniendo al menos 18 años de edad, afirmo que tengo conocimiento personal de los hechos descritos en este formulario.

DIRECCIÓN DE SOLICITUD:

DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_

Ciudad IN \_\_\_\_\_

Estado Código postal

Número total de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas aparecen en la documentación pero no residen en el hogar:

| Nombre | ¿Cuándo se mudaron fuera del hogar? | ¿Dónde está el individuo? |
|--------|-------------------------------------|---------------------------|
| _____  | _____                               | _____                     |
| _____  | _____                               | _____                     |
| _____  | _____                               | _____                     |
| _____  | _____                               | _____                     |
| _____  | _____                               | _____                     |
| _____  | _____                               | _____                     |

Certifico bajo pena de perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconozco que cualquier tergiversación de la información o falta de divulgación de la información solicitada puede descalificarme para participar en los programas de asistencia administrados por IHCDA y puede ser motivo de terminación de mi asistencia y/o reembolso de la asistencia que recibo en base a esta tergiversación u omisión.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

(IHCDA puede hacer seguimiento mientras se procesa su solicitud de asistencia o después de que se haya procesado su solicitud).