



Ciudad de Goshen CDBG-CV3 Programa de asistencia de renta a corto plazo

Declaración de duplicación de beneficios (“Declaración”)

Yo/Nosotros, _____ declaramos lo siguiente:

[El jefe de hogar (JDH) y el copartícipe de hogar (si corresponde) deben poner sus iniciales en todas las declaraciones que indiquen comprensión y acuerdo]

1. Yo/Nosotros alquilamos propiedad en _____ dentro de la Ciudad de Goshen, Indiana y estamos teniendo dificultades financieras debido al COVID-19 y necesitamos ayuda con los gastos de alquiler. _____
2. Estoy/estamos ejecutando esta Declaración Jurada en relación con el Programa de Asistencia de Alquiler a Corto Plazo con la Ciudad de Goshen y los fondos de la Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario. _____
3. Además, he/hemos recibido o recibiremos las siguientes cantidades y tipos de asistencia de las fuentes enumeradas a continuación para asistencia de alquiler para los mismos meses en los que buscamos asistencia de la Ciudad. _____

	Amount of Assistance	Rent or Utility?	For which month(s)
Fidecomisario de Elkhart	\$		
Salvation Army	\$		
Interfaith Hospitality Network	\$		
LaCasa	\$		
Otras agencias	\$		
Inglesia (especifique)	\$		
Otro/asistencia adicional recibida	\$		

4. La Ley Stafford y 42 USC 5155 (a) prohíben estrictamente la recepción de asistencia duplicada utilizando fondos federales, particularmente fondos asignados como resultado de un desastre o necesidad urgente. Asistencia duplicada/Duplicación de beneficios se puede caracterizar por recibir una cantidad mayor a la necesitada. Se debe hacer todo lo posible para monitorear y prevenir la ocurrencia de asistencia duplicada. _____
5. Yo/Nosotros entendemos que la cantidad de asistencia recibida por mí/el hogar de parte de la Ciudad de Goshen debe reducirse por la cantidad de asistencia duplicada recibida o se recibirá para el hogar de otras fuentes con el mismo propósito. Por ejemplo, si el monto del alquiler adeudado era de \$500 y la Agencia 1 ayudó con \$ 400, la Ciudad no puede ayudar con más de \$ 100. _____

6. Si ocurre una duplicación de beneficios, yo/nosotros debemos reembolsar la asistencia recibida de la Ciudad de Goshen. _____
7. Yo/Nosotros certificamos bajo las sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconozco que el reembolso de toda la asistencia recibida por mí/el hogar de la Ciudad de Goshen, o acciones legales adicionales, pueden ser requeridas en caso de que yo/nosotros proporcionemos información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante todo el proceso de solicitud del programa.

Firma del solicitante/JDH _____

Nombre en letra de imprenta del solicitante / JDH

Fecha: _____

Firma del miembro adulto / co-JDH _____

Nombre impreso del miembro adulto / co-JDH _____

Fecha _____