

Clave de la solicitud: _____

Declaración de ausencia de integrantes del grupo familiar

Yo, _____
(nombre), en pleno uso de mis facultades mentales y mayor de 18 años, afirmo tener conocimiento personal de los hechos descritos en el presente formulario.

DIRECCIÓN DE LA SOLICITUD:

Dirección

Ciudad

IN

Estado

Código postal

Tamaño del grupo familiar _____

Las personas que figuran a continuación ya no residen en el hogar:

Nombre

¿Dónde se encuentra la persona?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Certifico bajo pena de perjurio y fraude que la información suministrada arriba es verdadera y exacta y reconozco que **cualquier tergiversación de información o la omisión de divulgar la información solicitada puede descalificarme de la participación en los programas de asistencia administrados por la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana (Indiana Housing and Community Development Authority, IHCD) y puede ser motivo para la terminación de mi asistencia o el reembolso de la asistencia que recibo a causa de dicha tergiversación u omisión.**

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

(La IHCD puede hacer un seguimiento mientras se tramita su solicitud de ayuda o después de que se haya tramitado la misma).