



Jefferson Parish

Emergency Rental Assistance Program

Formulario de Ingresos propios

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Negocio: _____

Fecha que abrió su negocio: _____

Tipo de Negocio: _____

Posición / Ocupación: _____

Tax ID #: _____

1. Ingresos pasados mensuales netos (promedio de 3 meses antes de COVID-19) \$ _____

2. Reducción del ingreso mensual neto debido a COVID-19 \$ _____

3. Adjunte estados de cuenta bancaria justificativos

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi saber y entender. La persona que firme abajo comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude.

Firma del Aplicante/Cabeza del Hogar

Fecha

Firma de persona adulta adicional de su hogar (si aplica)

Fecha