

Departamento de Salud de Wyoming División de Salud Pública Programa de servicio comunitario

Declaración jurada de elegibilidad por COVID-19

Nombre			Fecha de		
Nombre				asistencia	
Individual			Familia		
Sexo:			Tipo de grupo familiar:		
Edad:			Tamaño del grupo familiar:		
Nivel de educación:			Núm. de integrantes del grupo familiar mayores de 18 años:		
Joven desvinculado:			Vivienda:		:
Salud:			Nivel de ingresos del grupo familiar:		
Origen étnico/Raza:			Fuente	s de ingresos de grupo familiar	
Estado militar:			Otra fue	ente de ingresos	
Estado laboral:			Beneficios no monetarios:		
Al firmar la presente declaro que solicito asistencia de un organismo financiado por el programa de subvención en bloque de servicios comunitarios (CSBG), que no tengo comprobante de ingresos documentado y que soy elegible para recibir servicios debido a los efectos de la COVID-19 ya que los ingresos de mi grupo familiar son iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza. También declaro que la documentación presentada y la información contenida en esta solicitud son exactas y verdaderas a mi leal saber y entender. Asimismo, entiendo que cualquier declaración falsificada en esta solicitud o en la documentación presentada podría dar lugar a la denegación de la asistencia financiada por el programa CSBG en Wyoming.					
Firma del sc	olicitante			Fecha:	
Firma del funcionario				Fecha	