

LAKE COUNTY EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE PROGRAM
VERIFICACIÓN DEL HISTORIAL DE ALQUILER

Solicitamos la verificación del historial de Alquiler de las personas mencionadas a continuación. Esta (s) persona (s) declara que es un Inquilino actual o anterior. Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a ERA@geminus.org.

Gracias por su cooperación.
Cordialmente,

LCERA

DECLARACIÓN DEL INQUILINO:

AUTORIZO A DAR INFORMACIÓN SOBRE MI ARRENDAMIENTO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA DEL CONDADO DE LAKE.

Número de Adultos en la Familia: _____
Número de niños (menores de 18 años): _____
Número total de personas en el hogar: _____

Inquilino: Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación y el pago requerido de todos y cada uno de los beneficios recibidos a través del Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler de Indiana y un posible proceso penal.

Nombre de Inquilino	*Firma de Inquilino	Fecha
---------------------	---------------------	-------

*** Reconocimiento: Al escribir su nombre arriba, reconoce y acepta que este representa su firma y usted da fe de toda la información proporcionada en este formulario.**

ATESTACIÓN DEL PROPIETARIO:

Fecha en que el Inquilino entro en un contrato de renta: _____
Renta mensual _____
Meses adeudados (enumere los meses y el año): _____
Total adeudado por el Inquilino _____

Nombre de Propietario impreso	*Firma de Propietario	Fecha
-------------------------------	-----------------------	-------

*** Reconocimiento: Al escribir su nombre arriba, reconoce y acepta que este representa su firma y usted da fe de toda la información proporcionada en este formulario.**

Propietario: Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación y el pago requerido de todos y cada uno de los beneficios recibidos a través del Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler de Indiana y un posible proceso penal.