# Programa de Asistencia de emergencia al alquiler de Wisconsin (WERA)
# Formulario de mes sin ingresos (ZIF) a causa de COVID-19

***Las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia WERA***

| | |
|---|---|
| Fecha de vencimiento: | Nombre: |
| Solicitud n.º: | ☐ Jefe del grupo familiar ☐ Miembro del grupo familiar: |

1. Última fecha de empleo: _____

2. ¿Recibió dinero efectivo por trabajar en el mes anterior? ☐ Sí* ☐ No
   *Ejemplo: trenzado de cabellos, cuidado de niños, mantenimiento de pasto/nieve, reparación de automóviles, etc.

3. Indique el efectivo que recibió de familia, amigos o donaciones en el mes anterior indicado. Especifique si el efectivo se recibió como un préstamo o un regalo/donación y de quien:

| **Indique el mes anterior** | | |
|---|---|---|
| **Identifique el tipo** | □ Préstamo | □ Regalo/donación* |
| **Monto recibido** | | |
| **De quién** | | |

   **Si se recibió un regalo o donación, se requiere una declaración verbal o escrito de la persona que hizo el regalo o donación.*

4. ¿Alguien le ayudó a pagar sus cuentas durante el mes indicado arriba? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó que **Sí***, complete la siguiente información de contacto:
   *Si más de una persona lo ayudó, adjunte una hoja de papel adicional.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Zip

Número de teléfono: _____(tipo: ☐ casa ☐ celular ☐ trabajo)

5. Enumere los siguientes gastos mensuales y explique cómo se han pagado en el grupo familiar:

| Gasto | Monto de gasto mensual | Explicación |
|---|---|---|
| **Alimentación** | | |
| **Vivienda** | | |
| **Transporte** | | |
| **Servicios básicos** | | |
| **Necesidades de vida básicas*** | | |

*Ejemplo: ropa, pañales, suministros de limpieza, productos de higiene personal, etc.

Explique cómo ha pagado sus cuentas mensuales en los últimos 30 días: _____

_____

_____

_____

Certifico que la información proporcionada arriba es una declaración verdadera y completa de los hechos. También entiendo que me pueden pedir entregar pruebas de cualquier información proporcionada y que dar información falsa invalidará este formulario y puede requerir la devolución de los beneficios recibidos en base a la información falsa.

_____ _____
Firma Fecha