

Verificación de la relación entre el propietario y el inquilino y del alquiler debido

Si no tiene un contrato de alquiler por escrito y está solicitando los servicios de alquiler y servicios públicos de HRSN, puede utilizar este documento para verificar que está alquilando. Su plan de salud aceptará este documento en lugar de un contrato de alquiler formal.

Nombre del aplicante: _____

Dirección de la propiedad alquilada: _____

Nombre del propietario (nombre al que se envía el alquiler): _____

Dirección del propietario: _____

Teléfono del propietario: _____ Correo electrónico del propietario: _____

Fecha de mudanza del aplicante: _____ Fecha de desalojo (si se conoce): _____

Pago mensual del alquiler: _____ Cantidad del alquiler atrasado: _____

Indique los servicios públicos incluidos en
el pago mensual del alquiler (si los hay):

Certifico que la información presentada en esta declaración es verdadera y precisa según mi conocimiento. Además, entiendo que dar información falsa es un delito. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la negación de la aplicación, a la devolución de cualquier fondo recibido a través del Programa de Ayuda al Alquiler para personas con Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN) o a otras medidas disponibles según la ley, incluyendo, entre otras, responsabilidades y sanciones en aplicación de la Ley de Reclamaciones Falsas de Oregon.

Firma del aplicante

Nombre escrito del aplicante

Fecha

Firma del propietario

Nombre escrito del propietario

Fecha