**Prueba 1.1.1 (D)**

DECLARACIÓN DE NINGÚN INGRESO

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente declaro que no he recibido ningún ingreso en el(los) mes(es) de:

1 .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3 .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La razón por la que no he tenido ingresos en los meses enumerados anteriormente, es la siguiente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He ​​logrado conseguir alivio a necesidades básicas de vida, como lo son alimentos, refugio y servicios públicos de la siguiente manera:

Comida:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Refugio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicios públicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifico que la información contenida arriba es completa y correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que estoy firmando esta declaración bajo pena de acción judicial, si sabiéndolo, doy información falsa, que resulte en ayuda recibida de la cual no soy elegible.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante de la Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_