

Affidavit of loss of income due to COVID-19

Affidavit of loss of income	
Head of Household Name	Name of member who lost income
Address	Phone #
<p>My household has experienced a loss of income due to the COVID-19 or Coronavirus. The loss of income is from: (place of employment) _____ and for the following reason:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Reduction in work hours<input type="checkbox"/> Place of employment was closed or shut down<input type="checkbox"/> I have a child under the age of 13 at home and no available childcare<input type="checkbox"/> I am in a high-risk population and need to distance myself from the public<input type="checkbox"/> I am ill, or taking care of a family member who is ill, with the Coronavirus	

By signing below, I certify the above information is true and correct.

Signature of Head of Household

Date

Signature of Spouse/Co-head/Adult Member

Date

DECLARACION DE PERDIDA DE INGRESOS DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)

Declaración de pérdida de Ingresos	
Nombre de persona jefa de hogar	Nombre de persona que perdió ingresos
Dirección	Telefono #
<p>Mi hogar ha sufrido una pérdida de ingresos como consecuencia del COVID-19. La Perdida proviene de (lugar de empleo): _____ La razón es la siguiente:</p> <p><input type="radio"/> Bajaron mis horas de trabajo</p> <p><input type="radio"/> El lugar donde trabajo se cerro</p> <p><input type="radio"/> Tengo un niño(a) menor de 13 años y no tengo quien le cuide</p> <p>Estoy dentro de un grupo de población de alto riesgo y debo mantenerme distante de otra gente.</p> <p><input type="radio"/> Estoy enfermo(a) o estoy atendiendo a una persona que esta contagiada con el coronavirus.</p>	

Al firmar abajo, certifico que la información de arriba es veraz y correcta

Firma de la persona Jefe de Familia

Fecha

Firma del Esposa(o) /otro miembro adulto

Fecha