

**Auto certificación**

Información del participante:			
Nombre del participante:			HMIS #:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		Correo electrónico:	

**Instrucciones:** Este formulario debe ser completado por los solicitantes o participantes del programa cuando no pueden proporcionar las verificaciones requeridas por MSHDA u otros documentos, y la auto certificación es la única manera en que la agencia puede verificar la información relacionada con la elegibilidad del programa ESG. Marque todas las casillas correspondientes que aplican a su situación actual y proporcione toda la información que pueda relacionada con la verificación. Este formulario debe conservarse en el expediente del participante.

Auto certificación		
<input type="checkbox"/> Falta de recursos financieros suficientes y/o redes de apoyo y no se ha identificado ninguna residencia posterior		
<input type="checkbox"/> He huído de una situación de violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Vivo en la calle o en un refugio	<input type="checkbox"/> He salido de una institución
<input type="checkbox"/> Otro (describa):		
Por favor, proporcione toda la información que pueda relacionada con la verificación:		

Certificación del participante:	
Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, exacta y completa, a mi leal saber y entender, y que no tengo ningún documento o formulario en mi poder, ni puedo obtener tales documentos para verificar la falta de vivienda, el riesgo de falta de vivienda, los ingresos u otra información proporcionada por la presente.	
Firma del participante:	Fecha:

Certificación de la agencia/miembro del personal	
Certifico que entiendo que la verificación por parte de un tercero es el método preferido para certificar la falta de vivienda de una persona o una familia que solicita asistencia del ESG y que la autocertificación sólo se permite cuando he intentado obtener dicha verificación pero no puedo hacerlo. Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información presentada y adjuntada a este formulario es verdadera, exacta y completa.	
Firma del miembro del personal:	Fecha:
Nombre del miembro del personal:	

**ADVERTENCIA: El artículo 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos tipifica como delito dar declaraciones falsas o tergiversaciones intencionadas ante cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto de su competencia.**