# Autocertificación de no duplicación de beneficios

*Esta certificación de no duplicación de beneficios debe ser completada* ***cada tres meses*** *por todos los solicitantes que recibirán asistencia del NOMBRE DEL PROGRAMA financiado por CDBG-CV ofrecido por la Ciudad de [insertar entidad administrativa]. La información contenida en esta certificación proporcionará a la Ciudad información vital para la evaluación continua de la duplicación de beneficios según lo requiere la Sección 312 de la Ley Stafford, según enmendada, y la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica para el Coronavirus (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act).*

Por favor identifique cualquier otro fondo de asistencia alimentaria y nutricional que el individuo o la familia / hogar haya recibido o prevea recibir. Las fuentes de fondos incluyen, entre otras, las siguientes: programas de asistencia del gobierno federal, estatal y local, iglesias u organizaciones sin fines de lucro.

**He / hemos recibido los siguientes fondos de asistencia para la recuperación:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asistencia** | **Cantidad** | **Uso de fondos** |
|  | $ |  |
|  | $ |  |
| Otra (nombrar): | $ |  |

[ ]  Ningún miembro del hogar ha recibido ningún tipo de asistencia alimentaria y nutricional en los últimos tres meses.

Por la presente certifio que:

**1. Yo / nosotros no hemos recibido otros fondos de asistencia alimentaria y nutricional que no sean los establecidos anteriormente, y todavia yo / nosotros necesitamos m**á**s asistencia alimentaria y nutricional .**

**2. Si recibo / recibimos beneficios duplicados, reembolsaré / reembolsaremos los beneficios duplicados.**

**3. Yo / nosotros certificamos bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada como parte de esta solicitud es verdadera y correcta a nuestro leal saber y entender.**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre Firma*