Affidavit sa Pagapapatunay ng Paninirahan

Ang form na ito ay dapat kumpletuhin kung ang aplikante ay walang tirahan o walang katibayan ng paninirahan

Seksyon 1: Impormasyon ng Aplikante (Kailangan ang lahat ng field maliban kung iba ang nakasaad)

Pangalan ng Aplikante (Una, Gitnang Inisyal, Apelyido): _____

Petsa ng Kapanganakan ng Aplikante: _____ Numero ng ID ng Kliyente (opsyonal): _____

Seksyon 2: Enrollment Worker (EW), Tagapagkaloob, o Pagpapatotoo ng Ahensya hinggil sa Paninirahan ng Kliyente

Lagyan ng tsek ang naaangkop na kahon sa ibaba:

☐ Pinatutunayan ko na nagbibigay ako ng suportang pabahay sa aplikante. Ang relasyon ko sa taong pinangalanan sa ibaba ay:

_____

☐ Pinatutunayan ko na ang ahensyang kinakatawan ko ay nagbibigay ng matitirhan sa aplikante. Gamitin ang Address ng EW/Tagapagkaloob sa ibaba.

☐ Isa akong tagapagkaloob ng mga serbisyo para sa mga walang tirahan* at pinatutunayan ko na ang aplikante ay walang tirahan.

☐ Ako ang program enrollment worker ng aplikante at mapatutunayan ko, sa abot ng aking kaalaman at paniniwala, na ang aplikante ay walang tirahan at hindi tumatanggap ng anumang mga serbisyong pansuporta para sa mga walang tirahan. Gamitin ang Address ng EW/Tagapagkaloob sa ibaba.

☐ Ako ang program enrollment worker ng aplikante at mapatutunayan ko ang impormasyon, sa abot ng aking kaalaman at paniniwala, na ang aplikante ay nakatira sa California ngunit walang katibayan ng paninirahan o sumusuportang impormasyon na sakop ng mga alituntunin ng CDPH.

Beripikadong Address ng Tirahan ng Kliyente: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Magkakabisa ang pagberipika ng address sa loob ng isang taon mula sa petsa ng form na ito, maliban kung may nakasaad dito na petsa ng pagwawakas:

_____

*Maaaring kabilang sa tagapagkaloob ng mga serbisyo para sa mga walang tirahan ang: (1) Isang ahensya ng pamahalaan o nonprofit na tumatanggap ng pagpopondo ng pederal, estado, o county o munisipyo upang magbigay ng mga serbisyo sa isang "taong walang tirahan" o kung hindi man ay pinahihintulutang magbigay ng mga serbisyong iyon ng isang lokal na magkakaugnay na organisasyong nangangalaga sa mga walang tirahan; (2) Isang tagapagkaloob ng mga serbisyong pantao o tagapagkaloob ng pampublikong serbisyong panlipunan na pinondohan ng Estado ng California upang magbigay ng mga serbisyo para sa mga bata o kabataan na walang tirahan, mga serbisyong pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan o sa pag-uugali, mga serbisyo para sa karamdamang may kaugnayan sa paggamit ng droga o alak, o tulong sa publiko o mga serbisyo sa pagtatrabaho; (3) Isang opisyal na tagapagpatupad ng batas na itinalaga bilang tagapag-ugnay sa mga taong walang tirahan ng isang lokal na kagawaran ng pulisya o kagawaran ng sheriff sa loob ng estado.

Seksyon 3: Beripikasyon

Ang seksyong ito ay kukumpletuhin ng Enrollment Worker/ Tagapagkaloob/ Kinatawan ng Ahensya:

Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, ako si _____, at pinapatunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama.

Lagda (EW/Tagapagkaloob/Ahensya): _____ Petsa: _____

Address ng (EW/Tagapagkaloob/Ahensya): _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

☐ Mga Enrollment Worker Lamang: Pakibasa ang pahayag sa ibaba at ilagay ang iyong mga inisyal sa kahon sa ibaba. Nauunawaan ko na ang may kabatirang pagbibigay ng hindi tamang impormasyon o sadyang hindi pagbigay ng impormasyon sa form na ito ay maaaring magresulta sa pagwawakas o pagsususpinde ng aking mga pribilehiyo bilang enrollment worker.

Ang seksyong ito ay kukumpletuhin ng aplikante:

Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, pinatutunayan ko na nakatira ako sa estado ng California, at ang impormasyon sa itaas ay totoo, tumpak, kumpleto, at sumasang-ayon akong agad na ipaalam sa CDPH ang anumang mga pagbabago sa aking paninirahan. Nauunawaan ko na ang kabiguang magbigay ng tumpak na impormasyon o sadyang hindi pagbigay ng impormasyon ay maaaring magresulta sa pagsususpinde o pagwawakas ng mga serbisyo at maaari akong magkaroon ng pananagutang pinansiyal para sa anumang mga sakop na serbisyong nakuha.

Lagda (Aplikante): _____ Petsa: _____