

**AVISO DE FALTA DE PAGO DE RENTA DE ACUERDO A
LA ORDEN DE LA AGENCIA DHHS-CDC**

A:

Nombre del Arrendador

Dirección del Arrendador

Fecha

DE:

Nombre del Inquilino

Dirección del Inquilino

Estimado: Nombre del Arrendador

Esta es mi **DECLARACION** de acuerdo a la Orden de la Agencia del Centro de Control de Enfermedades y Prevención, Suspensión Temporal de Desalojos Residenciales para Prevenir una Mayor Propagación del COVID-19

Certifico bajo pena de perjurio, de acuerdo a 28 U.S.C. 1746, que lo siguiente es verdadero y correcto:

1. He tratado lo mejor posible de obtener toda la asistencia gubernamental disponible para renta o vivienda¹;

2. Yo, o:
 - Espero no ganar más de \$99,000 en ingresos anuales para el Año Calendario 2020 (o no más de \$198,000 si presento una declaración conjunta de impuestos),
 - No tenía la obligación de reportar ningún ingreso en el 2019 al U.S. Internal Revenue Service, o
 - Recibí un pago del Economic Impact Payment (Cheque de Estímulo) de acuerdo a la Sección 2201 de la Ley CARES;

¹ “Asistencia Gubernamental Disponible” significa cualquier pago de beneficio gubernamental para renta o para pago de vivienda disponible para la persona o cualquier miembro del hogar.

NOTICE OF NONPAYMENT OF RENT AS PER DHHS-CDC AGENCY ORDER

3. No puedo pagar la cantidad de renta completa o hacer un pago completo de vivienda debido a una pérdida sustancial de ingresos del hogar, pérdida de horas de trabajo compensables o salarios, lay-offs, o gastos médicos extraordinarios por cuenta propia²;
4. Estoy tratando lo mejor que puedo para hacer pagos parciales a tiempo que sean lo más cercano al pago completo que me permitan mis circunstancias, tomando en cuenta otros gastos obligatorios;
5. Si se me desaloja probablemente me convertiré en un desamparado/a, necesitare mudarme a un albergue de desamparados, o necesitare mudarme a un nuevo lugar compartiendo la vivienda con otras personas que viven en hacinamiento debido a que no tendré otras opciones de vivienda disponibles³.
6. Entiendo que todavía tengo que pagar renta o hacer pagos de vivienda, y cumplir con otras obligaciones que pudiera tener bajo my inquilinato, contrato de arrendamiento, o contrato similar. Entiendo además que todavía se me podría cobrar cargos, penalidades, o intereses por no pagar renta o vivienda a tiempo como lo requiere mi inquilinato, contrato de arrendamiento, o contrato similar.
7. Entiendo además que al final de esta suspensión temporal de desalojos el 31 de diciembre, 2020, mi proveedor de vivienda podría requerir un pago completo por todos los pagos no hechos antes de, y durante la suspensión temporal, y que el no cumplir con estos pagos me hará susceptible a un desalojo de acuerdo a las leyes locales y estatales.
8. Entiendo que cualquier declaración falsa o engañosa, u omission, podría resultar en acciones criminales y civiles para imponer multas, penalidades, daños monetarios, o prisión.
9. Nada de esta Declaración indica una renuncia a mi derecho a defenderme en una acción de desalojo, a refutar la cantidad de renta que debo, o a presentar cualquier reclamo o defensa basado en my contrato de arrendamiento, o en leyes locales, estatales o federales.

² Un gasto médico “extraordinario” es cualquier gasto médico no reembolsado que probablemente exceda el 7.5% del salario bruto anual ajustado de una persona.

³ “Vivienda disponible” quiere decir cualquier propiedad residencial no ocupada, o cualquier otro espacio para ocupar dentro de cualquier vivienda estacional o temporal, que no viole los patrones de ocupación local, estatal, o federal, y que no resulte en un aumento total del costo de vivienda para usted.

NOTICE OF NONPAYMENT OF RENT AS PER DHHS-CDC AGENCY ORDER

Firma del Declarante

Fecha

Firma de Miembro Adulto Adicional del Hogar

Firma de Miembro Adulto Adicional del Hogar

Firma de Miembro Adulto Adicional del Hogar

Firma de Miembro Adulto Adicional del Hogar