

COVID-19 Statement

Name: _____

Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Instructions: Please be specific on how you were affected by COVID, provide date diagnosed, dates ill and unable to work, and/or if you lost your job or had reduction of hours.

Instrucciones: Por favor, sea específico sobre cómo se vio afectado por COVID, proporcione la fecha de diagnóstico, las fechas de enfermedad e incapacidad para trabajar, y/o si perdió su trabajo o tuvo una reducción de horas.

I was affected by COVID-19 due to (Me afectó el covid debido a) _____

I was affected by COVID-19 due to (Me afectó el covid debido a) _____

CERTIFICATION: I/We certify that the information provided is true and correct and acknowledge my/our understanding that any intentional or negligent misrepresentation(s) of the information submitted may result in civil liability and/or criminal penalties including, but not limited to a fine or imprisonment or both under the provisions of United States Codes.

CERTIFICACIÓN: Certifico / certificamos que la información proporcionada es verdadera y correcta y reconozco mi / nuestro entendimiento de que cualquier tergiversación intencional o negligente de la información presentada puede dar lugar a responsabilidad civil y / o sanciones penales que incluyen, entre otras, una multa o prisión o ambas bajo las disposiciones de los Códigos de los Estados Unidos.

Signature of Applicant (Firma del Solicitante) Date (Fecha)

Signature of Applicant (Firma del Solicitante) Date (Fecha)