

COVID-19 IMPACT STATEMENT FOR BACK RENT ASSISTANCE

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

 **Property Name Building Address City Zip**

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

 **Tenant (the “Tenant”) Unit # (the “Unit”)**

* Please provide a short description of your COVID-19 income loss below. The statement should assert that any delinquent rent is due to illness or loss of income caused by the COVID-19 public health emergency.

### PART 2: Household Certification

I understand that completing this certification is required to maintain compliance with the BCCAP Back Rent Assistance Program and to obtain assistance under the BCCAP Back Rent Assistance Program. I certify that the information presented in Part 1 of this form is true and complete. I consent to the disclosure of such information to the Mayor’s Office of Children and Family Success. I affirm that the foregoing certifications, representations and warranties are true, correct, and made by affidavit under penalties of perjury. I understand that making false representations to the Department, or aiding another person in making false representations to the Department, may result in civil penalties and treble damages pursuant to Md. Code Ann., Gen. Prov § 8-102 and/or criminal penalties pursuant to Md. Code Ann., Crim. Law §§ 8-503 and/or 9-101.

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

 (Signature Tenant) (Date)



DECLARACIÓN DE COVID-19 DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALQUILER

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

 **Nombre de la propiedad Dirección de la propiedad - Ciudad y Código postal**

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

  **Nombre del Inquilino (el "Inquilino") N.º de unidad (la "Unidad")**

Proporcione una breve descripción de su pérdida de ingresos COVID-19 a continuación. La declaración debe afirmar que cualquier renta atrasada se debe a una enfermedad o pérdida de ingresos causada por la emergencia de salud pública COVID-19.

PARTE 2: Certificación del hogar

Entiendo que se requiere completar esta certificación para mantener el cumplimiento con el Programa de Asistencia de Alquiler Retroactivo de BCCAP y para obtener asistencia bajo el Programa de Asistencia de Alquiler Retroactivo de BCCAP. Certifico que la información presentada en la Parte 1 de este formulario es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información a la Oficina del Éxito Infantil y Familiar del Alcalde. Afirmo que las certificaciones, declaraciones y garantías anteriores son verdaderas, correctas y hechas por declaración jurada bajo pena de perjurio. Entiendo que hacer declaraciones falsas al Departamento, o ayudar a otra persona a hacer declaraciones falsas al Departamento, puede resultar en sanciones civiles y daños triplicados de conformidad con Md. Code Ann., Gen. Prov § 8-102 y / o sanciones penales de conformidad con Md. Code Ann., Crim. Ley §§ 8-503 y / o 9-101.

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

(Firma del inquilino) (Fecha)