

PLANILLA DE INFORMACIÓN PERSONAL Y ECONÓMICA PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL POR COVID-19

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL (DE LA) DECLARANTE

 Nombre Inicial Primer apellido Segundo apellido

Núm. de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (d/m/a): _____ / _____ / _____

Ciudad y país de nacimiento: _____

Núm. de licencia de conducir: _____

Núm. de pasaporte o Identificación de visado: _____ País que lo expide: _____

Dirección postal: _____

Dirección residencial: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfonos: Celular: () - Otro: () -

Grado más alto cursado: 0-6 7-9 10-12 Asociado Bachillerato Maestría o Doctorado

Estado civil actual: _____ Soltero(a) _____ Relación consensual

Casado(a) con: _____

II. INFORMACIÓN SOBRE HIJOS(AS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN CON (EL LA) DECLARANTE

Nombre y Apellidos	Núm. de seguro social	Fecha de nacimiento	Edad	Asiste a la Escuela o Institución Universitaria	Orden de pensión	Cantidad (\$)	Frecuencia (S, BS, Q, M)

III. INFORMACIÓN SOBRE OTRAS PERSONAS QUE VIVEN CON (EL LA) DECLARANTE (No incluidos en la parte II)

Nombre y Apellidos	Núm. de seguro social	Fecha de nacimiento (d/m/a)	Edad	Relación con (el-la) declarante	Fuente de Ingreso	Ingreso Mensual Bruto/Neto

IV. INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA ECONÓMICA (Programa de Asistencia Nutricional del Departamento de la Familia)

He solicitado asistencia económica al Departamento de la Familia el _____ / _____ / _____
(d/m/a)

Bajo qué nombre: _____

Recibo _____ Ya no recibo _____

V. SITUACIÓN ECONÓMICA

Indique si está: _____ Empleado(a) _____ Desempleado(a) _____ En licencia sin sueldo

Ocupación o profesión: _____

Información sobre el patrono:

Nombre: _____

Núm. de seguro social patronal: _____ - _____ Teléfono: () -

Dirección postal : _____

Dirección física: _____

Frecuencia de pago de su salario: _____
Semanal Bisemanal Quincenal Mensual

A- Detalle otras fuentes de ingreso familiar (Especifique fuente y cuantía de todos los beneficios recibidos por el declarante que no fueron informados como salario.)

Compensación por desempleo \$ _____

Seguro Social \$ _____

Veteranos \$ _____

Fondo del Seguro del Estado \$ _____

Retiro \$ _____

Gobierno Federal \$ _____

Otras pensiones (Especifique) _____

Otros ingresos (Especifique) _____

B- Bienes muebles (Incluya para todos los incisos el valor aproximado, según aplique. Además, indique el nombre de la institución financiera, el número de cuenta bancaria o de inversión, a qué fecha se determinó el balance, según aplique):

1- Balance de dinero en efectivo (fuera de cuentas bancarias): _____

2- Balance en cuentas bancarias (de cheque y similares): _____

3- Cuentas de ahorro, certificados de depósito e IRA: _____

4- Inversiones (acciones, bonos, etc.): _____

5- Vehículos de motor, botes, motoras, motoras acuáticas, vehículos todo terreno, etc. (Especifique marca, modelo, año, valor, actual, número de tablilla y nombre del dueño.):

6- Créditos a su favor (pagarés, cuentas por cobrar, etc. (Indique nombre y dirección del (de la) deudor(a):

7- Otros bienes muebles con valor individual mayor de \$1,000.00: _____

C- Bienes inmuebles (Especifique la naturaleza del inmueble y la dirección, además del valor.):

Residencia principal: \$ _____

Dirección: _____

Otros inmuebles: \$ _____

Dirección: _____

Tipo de inmueble (Solar, Residencia, Finca): _____

Valor total de las propiedades (muebles e inmuebles) \$ _____

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, declarante, **AFIRMO Y CERTIFICO** que he completado esta Planilla con la mayor exactitud y corrección posible, sin que haya omitido información pertinente sustancial alguna, y que todos los datos ofrecidos en la misma son ciertos. Que entiendo y acepto que al momento de ser requerido por cualquier Técnico y/o Representante Autorizado de la Administración para el Desarrollo Socioeconómico de la Familia (ADSEF), vengo obligado(a) a presentar cualquier evidencia documental que sustente lo aquí declarado. Que entiendo y acepto que, en caso de no cumplir oportunamente con los requerimientos de la ADSEF, me podrán denegar cualquier beneficio del Programa de Asistencia Nutricional (PAN). Que fui advertido(a) sobre las implicaciones de declarar información falsa en la presente Planilla, incluyendo, pero sin limitarse a la devolución de cualquier beneficio obtenido. Que entiendo y acepto que la presentación de esta **PLANILLA DE INFORMACIÓN PERSONAL Y ECONÓMICA PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL POR COVID-19** no significa que cualifico de manera automática para recibir los beneficios del PAN, sino que mi solicitud será evaluada de conformidad.

CERTIFICO QUE LO AQUÍ DECLARADO ES INFORMACIÓN CORRECTA Y CERTERA SOBRE MIS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y ECONÓMICAS.

En _____, Puerto Rico, a ____ de _____ de _____.

DECLARANTE

TÉCNICO Y/O REPRESENTANTE AUTORIZADO
ADSEF