

NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY
Leased Housing Department

AFFIRMATION OF NON-EMPLOYMENT

Head of Household	Address/Zip Code	Voucher Number
Name (unemployed household member)		Social Security Number
Note: This form must be completely filled out, signed and submitted for all unemployed household members 18 years old or older.		

PLEASE READ THIS FORM CAREFULLY AND ANSWER ALL QUESTIONS COMPLETELY

Are you currently employed? Yes No

Have you ever been employed? Yes* No

*If Yes, when did you stop working? ____ / ____ / ____

Do you receive Unemployment Insurance Benefit payments? Yes No

Do you receive Supplementary Security Income payments (SSI)? Yes No

Do you receive Social Security payments? Yes No

Do you receive Workers' Compensation payments? Yes No

Do you receive Disability Insurance payments? Yes No

Do you receive payments from Public Assistance (welfare)? Yes No

Do you receive any other income? Yes* No

*If Yes, specify type of income & amounts: _____

Do you own any assets? Yes* No

*If Yes, specify type of asset(s) & amounts: _____

I hereby certify that the above statements are true. I understand that providing false statements or information is punishable under federal and local laws. I also understand that providing false statements or information is ground for termination of Section 8 subsidy.

Signature (Unemployed Household Member)

Date

AUTORIDAD DE LA VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

Departamento de Vivienda Arrendada

ASERCION DE NO-EMPLEO

Jefe de Familia	Dirección/Código Postal	Número de Comprobante (Voucher #)
Nombre (del miembro de familia desempleado)		Número de Seguro Social
Nota: Este formulario debe ser completado, firmado y presentado por todos los miembros de familia que tienen 18 años o que son mayores de edad y que están desempleados.		

POR FAVOR LEA ESTE FORMULARIO CON CUIDADO Y RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS

¿Está usted actualmente empleado? Sí No

¿Estuvo usted alguna vez empleado? Sí* No

*Si la respuesta es sí, ¿cuándo dejó de trabajar? ____ / ____ / ____

¿Recibe usted pagos por beneficio del Seguro contra desempleo? Sí No

¿Recibe usted pagos por Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? Sí No

¿Recibe usted pagos del Seguro Social? Sí No

¿Recibe usted pagos de Compensación por lesiones en el trabajo? Sí No

¿Recibe usted pagos del Seguro por Incapacidad? Sí No

¿Recibe usted pagos de Asistencia Pública (welfare)? Sí No

¿Recibe algún otro tipo de ingreso? Sí* No

*Si la respuesta es sí, especifique el tipo de ingreso(s) y la cantidad que recibe: _____

¿Es usted dueño de bienes? Sí* No

*Si la respuesta es sí, especifique el tipo de bienes y la cantidad que recibe: _____

Por la presente certifico que la información mencionada arriba es verdadera. Tengo entendido que proveer información falsa es castigado por las leyes federales y locales. Además tengo entendido que proveer información falsa es motivo para la terminación de mi subsidio de Sección 8.

Firma (del miembro de familia desempleado)

Fecha