

TU HOGAR RENACE  
"SHELTER IN PLACE PROGRAM"

CERTIFICACIÓN DE TITULARIDAD DE RESIDENCIA

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, \_\_\_\_\_ [estado civil], \_\_\_\_\_  
[profesión] y vecino de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo el más formal juramento declaro:

1. Ser de las circunstancias personales antes mencionadas.
2. Que mi residencia principal está localizada en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (en adelante, "la Residencia").
3. Que ocupo la Residencia como mi residencia principal/primaria a partir de: \_\_\_\_\_ [Mes/Año].
4. Que he vivido en dicha Residencia por al menos seis (6) meses con anterioridad al:  
[Marque según aplique]
  - \_\_\_\_\_ 5 de septiembre de 2017 (Huracán Irma)
  - \_\_\_\_\_ 19 de septiembre de 2017 (Huracán María)
5. Ser el dueño/a de la Residencia.
6. Que la Residencia sufrió daños como resultado del huracán Irma y/o el huracán María.
7. Que no puedo proporcionar ninguna de las otras formas aceptables de documentación requeridas por el programa "Tu Hogar Renace", incluyendo, pero sin limitarse a los siguientes documentos:
  - Factura de impuestos (E.G. CRIM)
  - Título de propiedad
  - Libreta de pagos hipotecarios o cualquier otra documentación de mi hipoteca
  - Seguro de Propiedad
  - Declaración Jurada adjudicándome titularidad de la Propiedad en cuestión.  
Deberá tener una fecha anterior a cualquiera de los dos desastres naturales, bien sea, el Huracán Irma y/o huracán María.
  - Cualquier otro documento que me adjudique titularidad.
8. Que someto la presente declaración como parte de mi solicitud de beneficios bajo el Programa "Tu Hogar Renace".
9. Declaro, so pena de perjurio, que todas las declaraciones aquí contenidas son verdaderas y correctas.
10. Reconozco que proveer información falsa conllevará justa causa para denegación o terminación de beneficios bajo el Programa "Tu Hogar Renace" y pudiera resultar en la restitución de los fondos incurridos en cualquier tipo de trabajo empleado en mejoras a la Residencia.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso