



# AUTOCERTIFICACIÓN

East Valley AJCC

High Desert AJCC

West Valley AJCC

Nombre del Solicitante

ID del Estado #

Últimos 4 dígitos del SSN

Este formulario está destinado a las personas que solicitan los servicios de la Ley de Innovación y Oportunidad Laboral (WIOA) y que se autocertifican sobre los criterios de elegibilidad que se encuentran a continuación. Este formulario se utiliza como último recurso cuando la documentación solicitada no está disponible.

Marque todas las casillas que apliquen:

El empleador ha anunciado el cierre del negocio  
Estaba recibiendo, pero ya no es elegible para el seguro de desempleo  
Era trabajador por cuenta propia (incluyendo agricultor, ganadero o pescador), pero ya no está empleado

Terminado o despedido  
Recibió aviso de terminación o despido  
Diferencias de nombre  
Ingresos  
Otro \_\_\_\_\_

En el espacio a continuación, **proporcione información adicional sobre las casillas seleccionadas y una explicación de por qué no se puede obtener razonablemente la documentación.** Incluya el nombre del empleador, las fechas de empleo, el motivo del despido, si se conoce, y cualquier otra información pertinente, según corresponda.

YO AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIORMENTE DECLARADA ES VERDADERA Y EXACTA.

Firma del Solicitante

Nombre Impreso del Solicitante

Fecha

### Office Use Only

The above applicant statement is being utilized for documentation of the following eligibility criteria:

Staff Signature

Staff Printed Name

Date