

KY-FD-30 Sección 4 (Versión en Español)

Hago constar que mis ingresos mensuales equivalen o son inferiores a lo provisto en la columna 5 y con base en el número de miembros que conforman mi familia. Asimismo, hago constar que hasta el día de hoy, mi familia reside en el condado que corresponde a esta agencia del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia del Estado de Kentucky y que no he participado en el Programa durante el mes en curso. Esta forma ha sido requisitada en relación con la recepción los fondos de ayuda federal. Entiendo que falsificar esta certificación podría obligarme a pagar al Estado el importe de los alimentos que hubiere obtenido ilegalmente y que podría iniciarse un proceso legal en mi contra de conformidad con las leyes federales y estatales.