



## **Alivio Laboral de Oregon**

P.O. Box 718  
Newberg, OR, 97132

10/15/2021

### **SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Gracias por aplicar al Fondo de Alivio Laboral de Oregon.

Al revisar su solicitud, identificamos que se han encontrado varios registros con su dirección y/o número de teléfono y/o dirección de correo electrónico. Alivio Laboral de Oregon entiende que los miembros de la comunidad pueden a veces compartir direcciones, números de teléfono y/o direcciones de correo electrónico. Para asegurar en lo posible que los miembros elegibles de la comunidad sean aprobados, **Alivio Laboral de Oregon le pide que presente una Declaración de identidad de un testigo creíble.**

Adjuntado a esta carta encontrará instrucciones de como llenar la declaración. También encontrará la declaración en blanco que debe presentar con su solicitud. Una vez revisada y *si se aprueba su solicitud*, se realizará el pago en forma de cheque. En ese momento, nos comunicaremos con usted para coordinar la hora, día y lugar para que recoja su cheque. Usted deberá presentar la misma identificación que proporcionó con su solicitud.

Por favor proporcione esta información al correo electrónico [helpdesk@workerrelief.org](mailto:helpdesk@workerrelief.org) o a su navegador a no más tardar el viernes 29 de octubre del 2021. Si necesita ayuda, favor de contactar a su navegador. Si usted no provee la información solicitada, su aplicación será negada debido a evidencia insuficiente.

Si tiene preguntas, por favor de mandarlas al correo electrónico [helpdesk@workerrelief.org](mailto:helpdesk@workerrelief.org).

Gracias,

Alivio Laboral de Oregon

### Declaración de identidad por Testigo Fidedigno

Yo, Nombre del testigo, declaro bajo pena de perjurio que lo siguiente es verdad:

1. Mi nombre es Nombre del testigo. Soy mayor de 18 años. Presento esta declaración en apoyo a la aplicación para beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund) a nombre de Nombre del solicitante.
2. Yo afirmo que el/la solicitante indicado/a en esta declaración actualmente vive o vivía en Oregon en la fecha de pérdida de sueldo en una profesión legal en Oregón, como se indica en su solicitud de beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund). La dirección de domicilio del solicitante es: Dirección de domicilio del solicitante, como aparece en la navegación.
3. El documento de identidad que presento con esta aplicación es relativo a mi persona.
4. Antes de esta entrevista y aplicación para beneficios, obtuve conocimiento personal acerca de la identidad de Nombre del solicitante, incluyendo su fecha de nacimiento, por medio de \_\_\_\_\_  
Explicación de cómo el testigo conoce al solicitante
5. Yo constato personalmente que la persona que somete esta aplicación y para quien yo presento esta declaración, es Nombre del solicitante y su fecha de nacimiento es Fecha de nacimiento del solicitante.

Así lo afirmo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO FIDEDIGNO

\_\_\_\_\_  
FECHA

*\* La declaración de testigo fidedigno tiene que ser acompañada con una identificación con foto (del testigo) emitida por una autoridad gubernamental.*

-----  
**Declaración de Identidad**

Yo, Nombre del solicitante, declaro bajo pena de perjurio que lo siguiente es verdad:

1. Mi nombre es Nombre del solicitante. Presento esta declaración en apoyo a mi aplicación para beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund).
2. Mi fecha de nacimiento es Fecha de nacimiento del solicitante
3. Yo afirmo que vivo actualmente o vivía en Oregon en la fecha de pérdida de sueldo en una profesión legal en Oregón, como se indica en mi solicitud de beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund). Mi dirección de domicilio es: Dirección de domicilio del solicitante, como aparece en la navegación
4. No cuento con ninguna identificación que haya sido emitida por un gobierno porque \_\_\_\_\_  
Explicación razonable de porque el solicitante no ha podido renovar o obtener un ID
5. Previamente, no he completado ninguna aplicación para beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón. Esta es mi primera aplicación.
6. La persona en la fotografía adjuntada a esta aplicación soy yo.


Así lo afirmo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

*\* La declaración de identidad tiene que ser acompañada con una fotografía del aplicante.*

**Navegadores: por favor revisen las declaraciones y confirmen que están completas. Incluyan sus iniciales para indicar que están listas para ser revisadas por el equipo de procesamiento.**

 El navegador confirma que la declaración ha sido completada: \_\_\_\_\_ (iniciales del navegador)

### Declaración de identidad por Testigo Fidedigno

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio que lo siguiente es verdad:

1. Mi nombre es \_\_\_\_\_. Soy mayor de 18 años. Presento esta declaración en apoyo a la aplicación para beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund) a nombre de \_\_\_\_\_.
2. Yo afirmo que el/la solicitante indicado/a en esta declaración actualmente vive o vivía en Oregon en la fecha de pérdida de sueldo en una profesión legal en Oregón, como se indica en su solicitud de beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund). La dirección de domicilio del solicitante es: \_\_\_\_\_.
3. El documento de identidad que presento con esta aplicación es relativo a mi persona.
4. Antes de esta entrevista y aplicación para beneficios, obtuve conocimiento personal acerca de la identidad de \_\_\_\_\_, incluyendo su fecha de nacimiento, por medio de \_\_\_\_\_.
5. Yo constato personalmente que la persona que somete esta aplicación y para quien yo presento esta declaración, es \_\_\_\_\_ y su fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.

Así lo afirmo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO FIDEDIGNO

\_\_\_\_\_  
FECHA

*\* La declaración de testigo fidedigno tiene que ser acompañada con una identificación con foto (del testigo) emitida por una autoridad gubernamental.*

-----  
**Declaración de Identidad**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio que lo siguiente es verdad:

1. Mi nombre es \_\_\_\_\_. Presento esta declaración en apoyo a mi aplicación para beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund).
2. Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.
3. Yo afirmo que vivo actualmente o vivía en Oregon en la fecha de pérdida de sueldo en una profesión legal en Oregón, como se indica en mi solicitud de beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón (Oregon Worker Relief Fund). Mi dirección de domicilio es: \_\_\_\_\_.
4. No cuento con ninguna identificación que haya sido emitida por un gobierno porque \_\_\_\_\_.
5. Previamente, no he completado ninguna aplicación para beneficios bajo el programa Alivio Laboral de Oregón. Esta es mi primera aplicación.
6. La persona en la fotografía adjuntada a esta aplicación soy yo.

Así lo afirmo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

*\* La declaración de identidad tiene que ser acompañada con una fotografía del aplicante.*

El navegador confirma que la declaración ha sido completada: \_\_\_\_\_ (iniciales del navegador)