

Certificación de Asistencia Económica para Estudios
Programa ACCESA

Yo, _____, mayor de edad, ☐soltero(a) ☐casado(a) ☐otro,
Nombre y apellidos
residente de _____, Puerto Rico, con ocupación de _____,
Municipio Posición que ocupa en su lugar de empleo
y empleado(a) en _____.
Nombre del proveedor con el que trabaja

1. Certifico haber leído las Guías del Programa ACCESA y las disposiciones concernientes a la Duplicación de Beneficios (DOB, por sus siglas en inglés), las cuales establecen que:

“De conformidad con la Ley de Asistencia por Desastre y Alivio de Emergencia de Robert T. Stafford (Ley Stafford), según enmendada, 42 USC §5121 et seq., ningún solicitante, persona u entidad podrá recibir fondos de asistencia del programa PAL para cubrir gastos o pérdidas para los cuales haya recibido asistencia financiera en virtud de cualquier otro programa o fuente de fondos federales, estatales o locales, incluyendo fondos del programa Child Care”.

2. **NO he recibido** asistencia económica para cubrir los gastos solicitados bajo el programa PAL:

(Si contesta que no ha recibido asistencia financiera, firmar y continuar a la Sección 4)

Certifico que NO HE RECIBIDO asistencia económica en virtud de otros programas o fuentes de fondos federales, estatales o locales, incluyendo la Beca Pell, para cubrir gastos de matrícula y otros gastos asociados a estudio, para el semestre/trimestre para el cual solicito la ayuda del programa ACCESA.

Entiendo y acepto que la ACUDEN se reserva el derecho de solicitar información adicional para determinar cualquier duplicación de beneficios y que de entender que cualquier asistencia otorgada bajo el programa ACCESA redundaría en una duplicación de beneficios, tal cantidad será descontada del total solicitado antes de otorgar la asistencia. También entiendo y acepto que en caso de que la ACUDEN advenga en conocimiento de una duplicación de beneficio posterior al desembolso de los fondos del programa ACCESA, estoy obligado a devolver o restituir dicha cantidad a la ACUDEN.

Nombre y apellidos

Firma

Fecha

3. **Sí he recibido** asistencia económica para cubrir los gastos solicitados bajo el programa PAL:

(Si contestó que NO ha recibido asistencia financiera, deje en blanco toda esta Sección 3)

Certifico que SÍ HE RECIBIDO asistencia económica en virtud de otros programas o fuentes de fondos federales, estatales o locales, incluyendo la Beca Pell, para cubrir gastos de matrícula y otros gastos asociados a estudio, para el semestre/trimestre para el cual solicito la ayuda del programa ACCESA.

Entiendo y acepto que la ACUDEN se reserva el derecho de solicitar información adicional para determinar cualquier duplicación de beneficios y que de entender que cualquier asistencia otorgada bajo el programa ACCESA redundaría en una duplicación de beneficios, tal cantidad será descontada del total solicitado por el solicitante antes de otorgar la asistencia. También entiendo y acepto que en caso de que la ACUDEN advenga en conocimiento de una duplicación de beneficio posterior al desembolso de los fondos del programa ACCESA, estoy obligado a devolver o restituir dicha cantidad a la ACUDEN.

Nombre y apellidos

Firma

Fecha

Desglose y describa las asistencias recibidas para cubrir los gastos de matrícula y otros gastos asociados a estudio para el año 2023:

Nombre de la Beca o Programa de Asistencia	Fecha	Cantidad	Propósito de la asistencia
<i>Nombre de la Beca o Programa de Asistencia Económica que recibió</i>	<i>Fecha en que recibió la asistencia</i>	<i>Cantidad de fondos de asistencia recibidos</i>	<i>Breve explicación del propósito de la asistencia económica recibida. (ej. Matrícula, libros, etc)</i>

4. Certifico que toda la información incluida en la presente certificación es verdadera y completa según mi mejor conocimiento. Entiendo y acepto que la ACUDEN utilizará esta información, y cualquier otra información suplementaria, para la determinación de duplicación de beneficios.

Nombre y apellidos

Firma

Fecha