



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**MUNICIPIO AUTONOMO DE VILLALBA**  
**OFICINA MUNICIPAL DE AYUDA AL CIUDADANO**

Hon. Waldemar Rivera Torres  
 Alcalde

**SOLICITUD DE DONATIVO**

NOMBRE	DIRECCION POSTAL	
ESTADO CIVIL	DIRECCION RESIDENCIAL	
FECHA DE SOLICITUD	TELEFONO	CELULAR

**COMPOSICION FAMILIAR**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	INGRESOS

DONATIVO SOLICITADO	CANTIDAD SOLICITADA
( ) MEDICAMENTOS	
( ) EQUIPO MEDICO	
( ) LABORATORIOS CLINICOS	
( ) VACUNAS	
( ) ESPEJUELOS	
( ) GASTOS FUNEBRES	
( ) FACTURAS DE A.A.A	
( ) FACTURAS DE A.E.E	
( ) SERVICIOS DE GAS	
( ) ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	
( ) OTRO: ESPECIFIQUE	

## CERTIFICACION

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, \_\_\_\_\_ y vecino de Villalba, Puerto Rico  
certifico que:

1. Que la información suministrada es correcta.
2. Que entiendo la obligación de suplir todos los documentos solicitados para la tramitación de los donativos.
3. Que he sido orientado, que de haber suministrado información falsa o incorrecta y usar indebidamente los fondos donados, conllevara mi obligación de devolver los fondos y estaré sujeto a acciones civiles o penales que correspondan.
4. Que el complementar esta solicitud y entregar todos los documentos requeridos no implica que el donativo será aprobado.
5. Que de ser necesario se visitara mi hogar con el propósito de corroborar la información suministrada
6. Que autorizo a personal del municipio a gestionar o pedir información a otras oficinas o establecimientos gubernamentales o privados.

Suscrito hoy, \_\_de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_, en Villalba, Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Solicitante

\_\_\_\_\_  
Testigo o Empleado Municipal

