

AVISO DEL ARRENDATARIO COMERCIAL AL ARRENDADOR SOBRE LA PROTECCIÓN CONTRA EL DESALOJO

(Ordenanzas N.º 2020-14, 2020-16, 2020-20, 2020-26 y 2020-29 del condado de Contra Costa)

Arrendatarios de pequeñas empresas y organizaciones sin fines de lucro: Si usted no puede pagar la totalidad o una parte del alquiler debido a la pandemia de COVID-19, está obligado a informar a su arrendador, a más tardar 14 días después del vencimiento del alquiler, que usted necesita demorar el pago. Usted está obligado a proporcionar a su arrendador la documentación de la pérdida de ingresos y/o los gastos médicos debido a la COVID-19. Puede utilizar el siguiente formulario para este propósito.

Si se le entrega un aviso de desalojo, también puede usar el formulario para informar al arrendador que usted reúne los requisitos para recibir protección en virtud de esta ordenanza. Este formulario debe proporcionarse a su arrendador en un plazo de 14 días después de recibir un aviso de desalojo. [Consulte la sección 4 de la Ordenanza N.º 2020-29]

Usted debe guardar una copia de todos los avisos y cualquier documentación que proporcione a su arrendador.

[Nombre y dirección del arrendador]

- Pido protección contra el desalojo por falta de pago del alquiler relacionada con el COVID-19.
- Mis ingresos se han visto afectados negativamente por el COVID-19 debido a lo siguiente:
 - Pérdida del empleo He faltado al trabajo para cuidar a un niño debido al cierre de la escuela
 - Despidos Cierre de negocios Reducción de horas
 - Disminución de los ingresos empresariales causada por la reducción de horas o la demanda de los consumidores
 - He faltado al trabajo para cuidar a un familiar infectado con COVID-19
 - Gastos médicos de mi propio bolsillo
 - Otro (explique): _____
- Proporciono documentación adicional de mi pérdida de ingresos o de los gastos médicos de mi propio bolsillo:
 - Estados de cuenta bancarios que muestran la situación financiera antes y durante la pandemia de COVID-19
 - Cartas de las escuelas sobre los cierres de escuelas que afectaron mis ingresos
 - Otro(s) comprobante(s) de pérdida de ingresos: _____

Declaro bajo pena de falso testimonio conforme a las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____

Firma del arrendatario

Nombre del arrendatario en letra de imprenta

Dirección del arrendatario