

طلب من أجل مساعدة طارئة في الإيجار

من المتقدم بالطلب؟ المستأجر المالك (نيابة عن المستأجر)

بيانات المستأجر			
اسم العائلة	الاسم الأول	رقم الضمان الاجتماعي# (اختياري)	
العنوان	المدينة	الرمز البريدي	المقاطعة
الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني		التاريخ
الأُسرة: عدد البالغين _____ عدد الأطفال تحت سن 18 عامًا _____			
هل عانى أي فرد في أسرتك من ضائقة مالية والتي قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، فترة بطالة، أو انخفاض في دخل الأسرة أو زيادة في تكاليف معيشة الأسرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فهل كانت هذه الضائقة المالية ناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن جائحة كوفيد-19؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل أي شخص في أسرتك معرض لخطر التشرد أو عدم الاستقرار في السكن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل تلقى أي فرد في الأسرة مساعدة في الإيجار ممولة اتحاديًا خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل كان أي شخص في الأسرة ضحية للعنف الأسري؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل أنت من فئة المحاربين القدامى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
المواطنة (اختياري): <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم دائم <input type="checkbox"/> مقيم مؤقت <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> غير ذلك			
العرق (حدد كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> هندي أحمر من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك			
النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> أسباني <input type="checkbox"/> غير أسباني	

بيانات المالك أو مدير العقار			
شركة إدارة العقار (إن وجدت)			
اسم العائلة	الاسم الأول	المعرّف الضريبي# أو رقم الضمان الاجتماعي#	
العنوان	المدينة	الرمز البريدي	
الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني		

بيانات مرافق المستأجر			
اسم الشركة	العنوان (الشارع، المدينة، الرمز البريدي)	الهاتف	الحساب #

الدخل الخاص بأسرة المستأجر

يُرجى إخبارنا عن دخل أي فرد في أسرتك يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر.
هل لدى أي شخص في أسرتك أي دخل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فحدد كل ما ينطبق، واذكر الدخل الذي تلقاه بالفعل.

<input type="checkbox"/> الدعم <input type="checkbox"/> البطالة <input type="checkbox"/> أموال تدفعها النقابة <input type="checkbox"/> إعانة المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> أجر من العمل <input type="checkbox"/> تعويضات العمال <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	<input type="checkbox"/> الأموال المدفوعة لك للإيجار <input type="checkbox"/> الأموال المدفوعة لك لدفع إيجار الغرفة أو الطعام <input type="checkbox"/> المعاشات <input type="checkbox"/> العمل الحر <input type="checkbox"/> الإعانات المرضية <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> دخل الضمان الإضافي (SSI)	<input type="checkbox"/> العمولات <input type="checkbox"/> الأرباح <input type="checkbox"/> القمار/اليانصيب <input type="checkbox"/> رسوم الوصاية <input type="checkbox"/> الأموال المتحصلة من مجالسة الأطفال <input type="checkbox"/> الأموال المتحصلة من التدريب <input type="checkbox"/> الأموال المدفوعة لك للقروض		
اسم صاحب الدخل	النوع/مصدر الدخل/اسم صاحب العمل	الدخل/الأجر: ما مقدار ه؟	تواتر عمليات الدفع	تاريخ أحدث مدفوعات مستلمة

مصاريف الأسرة الخاصة بالمستأجر

الإيجار	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
الكهرباء	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
الغاز	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
النفط	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
غاز البروبان	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
الفحم/الحطب/غير ذلك	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
القمامة	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار
المياه/الصرف الصحي	شهرياً _____ دولار	المتأخرات	_____ دولار

ملاحظات:

ERAP Agency Use Only

Authorization Information: Approved Denied Date: _____

Type(s) of Assistance Provided:

Rental Assistance Rental Arrears Housing Stability Services Utility Assistance Utility Arrears

Amount of Assistance:

Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____

Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____

Number of months covered with: Rental Assistance _____ Utility Assistance _____

Household Income Level:

- Does not exceed 30 percent of the area median income for the household
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: Used 2020 annual calculation for eligibility Used monthly income at time of application

بيان قانون الخصوصية

جمع هذه البيانات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة، مصرح به بموجب القانون 42 (C)(2)(c) 405 U.S.C. § 432.2(b)(3) and 62 P.S. § ((iv)).

سيتم استخدام البيانات لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج مساعدة طارئة في الإيجار. سوف نتحقق من هذه البيانات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. ستستخدم هذه البيانات أيضًا لرصد الامتثال للوائح البرنامج وإدارته.

قد يتم الكشف عن هذه البيانات للوكالات الاتحادية والولاية الأخرى لفحصها رسميًا، ولموظفي إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين الخارجين على القانون. قد يؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى رفض المساعدة في الإيجار في حالات الطوارئ لكل فرد يفشل في تقديم رقم الضمان الاجتماعي. سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي مقدمة والإفصاح عنها بنفس الطريقة المتبعة مع أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين. إذا أراد شخص ما المساعدة في الحصول على رقم الضمان الاجتماعي:

(1) اتصل بـ: 1-800-772-1213 أو 1-800-325-0778 (جهاز اتصالات الصم)؛ أو

(2) زُر: www.ssa.gov.

الحق في الاستئناف

لديك الحق في طلب جلسة استماع لإدارة الخدمات الإنسانية للاستئناف في القرار إذا كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا فشل مقدم الخدمة في التصرف بناءً على طلبك للحصول على الإعانات. يمكنك إرسال أوراق الاستئناف إلى:

DHS Office of Hearings and Appeals
PO Box 2675
Harrisburg, PA 17105

إذا قدمت استئنافاً، فيمكنك أيضاً طلب عقد اجتماع قبل جلسة الاستماع عن طريق الاتصال بمدير برنامج المساعدة في الإيجار في حالات الطوارئ (ERAP) عبر البريد الإلكتروني على: RA-PWERAPOIM@pa.gov.

في جلسة الاستماع، يمكنك تمثيل نفسك، أو قد يمثلك شخص آخر، مثل محامٍ أو صديق أو قريب.

الحق في عدم التمييز

يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الإعاقة، أو السن، أو الجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (على سبيل المثال: طريقة برايل، الأحرف الكبيرة، الشريط الصوتي، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الولاية أو محلياً) حيث قاموا بالتقديم للحصول على الإعانات. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات حول البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بشأن التمييز فيما يتعلق ببرنامج تلقي مساعدات مالية اتحادية من خلال إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS):

(1) عبر البريد العادي:

U.S. Department of Health and Human Services (HHS)
HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201؛ أو

(2) عبر الهاتف: 619-0403 (202) (صوتي) أو 537-7697 (800) (جهاز اتصالات الصم).

تلتزم هذه المؤسسة بالمساواة في منح فرص التوظيف.

الحق في السرية

سنحافظ على خصوصية بياناتك. سيتم استخدامها فقط لتحديد البرامج التي قد تكون مؤهلاً لها. أي شخص ينتهك عن قصد أبداً من قواعد وأنظمة هذه الإدارة يُدان بارتكاب جنحة، وعند إدانته، يُحكم عليه بدفع غرامة لا تتجاوز مائة (100) دولار، أو بالسجن، لمدة لا تزيد عن ستة أشهر، أو كليهما (P.S. 62)، القسم 483).

المسؤولية عن تقديم المعلومات

يجب أن تُقدم بيانات حقيقية، وصحيحة، وكاملة. يجب أن تقوم بالمساعدة في إثبات صحة البيانات التي تقدمها. قد يتم رفض الإعانات إذا فشلت في تقديم دليل بعينه. إذا تم الاتصال بك من قبل إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو مكتب المفتش العام للولاية، فيجب أن تتعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين.

أفهم وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية يتم تقديمها بشأن هذا الطلب، حتى لو تم تقديم الطلب من قبل شخص يتصرف نيابة عني. أقر بأن جميع المعلومات التي تم إدخالها صحيحة بموجب عقوبة الحنث باليمين. أفهم أن المعلومات المدخلة في هذا الطلب ستبقى سرية وستستخدم فقط لإدارة الإعانات. أفهم أنه قد يُطلب مني العمل مع وكالات أخرى كشرط لموافقتي على المساعدة. أوافق على تقديم أي مستندات إضافية مطلوبة عند الطلب (مثل كعب الدفع، وعقد الإيجار، والفواتير الأخيرة، وإثبات البطالة، وما إلى ذلك) للمساعدة في تحديد الأهلية.

التوقيع - المستأجر

الاسم بخط واضح - المستأجر

التوقيع - المالك (فقط إذا تم ملء النموذج من قبل المالك)

الاسم بخط واضح - المالك (فقط إذا تم ملء النموذج من قبل المالك)

تفويض الإفصاح عن البيانات (المستأجر فقط)

أفوض وأطلب الإفصاح لمكتب المقاطعة عن أي معلومات تتعلق بالعمر، والإقامة، والمواطنة، والعمل، والدخل، وأي بيانات إضافية تتعلق بأهلية الحصول على برامج المساعدة في الإيجار والمرافق من أجلي. من المفهوم أن المعلومات التي تم الحصول عليها لن تُستخدم إلا لتحديد المساعدة في الإيجار/المرافق أو برامج المساعدة السكنية الأخرى.

توقيع المستأجر

التاريخ

الاسم بخط واضح - المستأجر