

紧急租房补贴申请书

申请人是谁？ 房客 房东（代表房客）

房客信息			
姓氏	名字		SSN 码（社会安全码）（选填）
地址	城市	邮编	国家
电话	电子邮箱地址		日期
住户： 成人数量_____ 18 岁以下未成年人数量_____			
您家中是否有人遇到了经济困难（包括但不限于 失业、家庭收入减少或家庭成本增加）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是，这种经济困难是否直接或间接由 COVID-19 造成？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您家中是否有人面临无家可归或无固定住所的风险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
在过去的12个月里，家中是否有人接受过联邦资助的租房补贴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您是退伍军人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否有人曾是家庭暴力的受害者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
公民身份（选填）： <input type="checkbox"/> 美国公民 <input type="checkbox"/> 永久居民 <input type="checkbox"/> 临时居民 <input type="checkbox"/> 难民 <input type="checkbox"/> 其他			
种族（请勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/> 美国印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他			
族裔： <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

房东或物业经理信息			
物业管理公司（如适用）			
姓氏	名字		税号或 SSN 码
地址	城市	邮编	
电话	电子邮箱地址		

租户公用事业费用信息			
公司名称	地址（街道、城市、邮编）	电话	账号

租户家庭收入

请告诉我们您家中任何 18 岁或以上的人的收入情况。
 您的家庭成员是否有任何收入？ 是 否
 如果是，请勾选所有适用项，并列出已经获得的收入。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 佣金
<input type="checkbox"/> 分红
<input type="checkbox"/> 博彩收入
<input type="checkbox"/> 监护人费用
<input type="checkbox"/> 儿童看护工资
<input type="checkbox"/> 培训收入
<input type="checkbox"/> 贷款所得 | <input type="checkbox"/> 租金收入
<input type="checkbox"/> 食宿收费
<input type="checkbox"/> 退休金
<input type="checkbox"/> 个体经营所得
<input type="checkbox"/> 病假工资
<input type="checkbox"/> 社保福利
<input type="checkbox"/> 补充保障收入 (SSI) | <input type="checkbox"/> 支持金
<input type="checkbox"/> 失业金
<input type="checkbox"/> 工会薪酬
<input type="checkbox"/> 退伍军人福利
<input type="checkbox"/> 就业工资
<input type="checkbox"/> 工伤补偿保险
<input type="checkbox"/> 其他: _____ |
|--|--|--|

获得收入者的姓名	收入类型/来源/雇主名称	收入/工资: 金额是多少?	支付频率	最近付款日期

租户家庭开支

租金	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
电	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
燃气	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
汽油	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
丙烷	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
煤/木材/其他	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
垃圾处理	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
水/下水道处理	每月 _____	美元	欠款 _____	美元

附注:

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

权利和责任

不受歧视的权利

本机构禁止基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及在某些情况下基于宗教或政治信仰的歧视。

若残障人士需通过其他沟通方式（如盲文、大字体、录音带、美国手语等）以获取计划信息，应与他们申请福利的（州或当地）机构联络。此外，计划信息会推出英语以外的其他语言版本。

如果要就联邦财政补贴计划向美国卫生与公众服务部 (HHS) 提出歧视投诉，请通过以下方式：

(1) 邮寄信函： 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;

(2) 致电：(202) 619-0403（语音）或 (800) 537-7697（文字电话）。

本机构将提供平等的机会。

保密权我们将对您的信息保密。

它只会被用来决定您有资格加入哪些计划。任何人故意违反本部门的任何规则和条例，将处轻罪，一经定罪，将被判处一百美元 (\$100) 以下罚款或六个月以下监禁，或两种处罚并举（《刑法典》第 62 篇第 483 条）。

提供信息的责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须协助证明您提供的信息。如果您不能提供特定的证明，可能无法获取福利。如果公众服务部 (DHS) 或州监察长办公室联系您，您必须尽力配合相关人士或调查人员的工作。

隐私法案声明

收集这些信息，包括每个家庭成员的社会安全码 (SSN)，是根据《美国法典》第 42 篇第 405(c)(2)(C)(i-iv)条和《刑法典》第 62 篇第 432.2(b)(3) 条获得授权。

这些信息将用于认定您的家庭是否有资格或继续有资格参加紧急租房补贴计划。我们将通过电脑比对程序来核实这些信息。此信息也将用于监督计划法规的遵守情况和计划管理。

这些信息可能会被披露给其他联邦和州的机构以进行官方检查，或出于抓捕逃犯的目的被提供给执法官员。如果未能提供正确的 SSN 码，该申请者的紧急租房补贴申请可能会被拒绝。所提供的任何 SSN 码将以与合格家庭成员的 SSN 码相同的方式进行使用和披露。如果有人获得 SSN 码方面需要帮助，请通过以下方式：

(1) 致电：1-800-772-1213 或 1-800-325-0778 (文字电话)；

(2) 在线访问：www.ssa.gov。

异议权

如果您认为某项决定不公平或不正确，或者如果提供者没有对您的福利申请采取行动，您有权向 提出异议或申请召开听证会。

您可根据所在县 ERAP 机构提供的资格鉴定通知书所载信息，通过县级机构提出上诉。

若提出上诉，您还可要求在听证之前与该 ERAP 机构召开会议。

您可以代表自己出席听证会，也可以由其他人，如律师、朋友或亲属担任您的代表。

证明/认证

本人理解并同意，本人对本申请书上的任何欺诈性陈述负责，即使本申请书由他人代表本人提交。本人证明所填写的所有信息均属真实，否则将受伪证罪处罚。本人理解，本申请中填写的信息将被保密，并仅用于管理福利。本人理解，作为批准获得补贴的条件，本人可能被要求配合其他机构的工作。本人同意在接到要求时，提供所需的任何其他文件（如工资单、租约、近期账单、失业证明等），以帮助认定资格。

签名-租户

打印体姓名-租户

签名-房东（只适用于由房东填写的表格）

打印体姓名-房东（只适用于由房东填写的表格）

信息公开授权书（仅供租户填写）

本人特此授权并要求向县政府办公室披露有关本人年龄、居住地、公民身份、就业、收入以及任何涉及本人租房和公用事业费用补贴计划资格的其他信息。本人理解，所获信息将仅用于租房/公用事业费用补贴或其他住房补贴计划的资格确定。

租户签名

日期

打印体姓名-租户