

Solicitud para Asistencia de Alquiler de Emergencia

¿Quién está solicitando? Inquilino Arrendador (por el inquilino)

Información del Inquilino				
Apellido		Primer Nombre		Número de seguro social <i>(opcional)</i>
Dirección		Ciudad	Código postal	Condado
Número de teléfono	Correo electrónico			Fecha
Cuántos viven en su Hogar: Número de Adultos _____ Número de niños menores de 18 años _____				
¿Usted u otra persona en su hogar ha sufrido dificultades financieras, tales como haber solicitado beneficios de desempleo, sufrió una reducción en los ingresos del hogar, o contrajo gastos significativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es sí, ¿se debieron estas dificultades económicas, directa o indirectamente, a COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Alguien en su hogar está en riesgo de quedarse sin hogar o de inestabilidad de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Alguien en su hogar ha recibido asistencia para el alquiler con fondos federales en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha sido alguien víctima de la violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ciudadanía <i>(opcional)</i> : <input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Extranjero residente permanente <input type="checkbox"/> Extranjero residente temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro				
Raza <i>(marque todas que aplican)</i> : <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro				
Identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Información del Arrendador o administrador de la propiedad				
<i>Empresa de mantenimiento de Propiedades (si es aplicable)</i>				
Apellido		Primer Nombre		Código de impuestos o Número de Seguro Social
Dirección		Ciudad	Código postal	
Número de teléfono	Correo electrónico			

Información de los Servicios Públicos del Inquilino			
Nombre de la Empresa	Dirección <i>(calle, ciudad, código postal)</i>	Número de teléfono	Número de cuenta

Ingreso del Hogar del Inquilino

Por favor infórmenos sobre los ingresos de todas las personas de su hogar que tengan 18 años de edad o más.

¿Alguien en su hogar tiene algún ingreso? Sí No

Si la respuesta es sí, marque todos que aplican abajo, y apunte el ingreso que usted ya ha recibido.

<input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Juegos de azar o lotería <input type="checkbox"/> Honorarios de tutores <input type="checkbox"/> Dinero ganado de niñera <input type="checkbox"/> Dinero por capacitación <input type="checkbox"/> Pensión privada	<input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por alquilar <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por alojamiento o comida <input type="checkbox"/> Autoempleo <input type="checkbox"/> Beneficios por enfermedad <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por préstamos <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Salario sindical <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Salarios del empleo <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/> Otros _____
---	--	--

Nombre de persona con ingreso	Tipo/Fuente del Ingreso/Nombre del empleador	Ingreso/Pago: ¿Cuánto?	Frecuencia de dicho pago	Fecha de pago recibido más reciente

Gastos del Hogar del Inquilino

Alquiler	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Electricidad	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Gas Natural	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Gasóleo	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Propano	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Carbón/leña/otro	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Basura	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Agua/alcantarillado	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____

Apuntes:

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

Derechos y Responsabilidades

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación para informarse sobre el programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) ante la que solicitaron los beneficios. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés):

(1) Escriba a:

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; o

(2) Llame al:

(202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar a comprobar la información que brinde. Es posible que se denieguen los beneficios si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Oficina del Inspector General del Estado se comunica con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad con 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i-iv) y 62 P.S. § 432.2(b)(3).

La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa de Asistencia Federal de Alquiler de Emergencias. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley. Si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de Asistencia Federal de Alquiler de Emergencias a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar. Si alguna persona necesita ayuda para proporcionar el SSN:

(1) Llame al:

1-800-772-1213 o al 1-800-325-0778 (sistema TTY); o

(2) Visite: www.ssa.gov.

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el proveedor no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación a través de la agencia del condado usando la información proporcionada en el aviso de determinación de elegibilidad de la agencia del ERAP de su condado.

Si decide apelar, también puede solicitar una conferencia con la agencia del ERAP antes de la audiencia.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

ATESTACIÓN/CERTIFICACIÓN

Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre. Certifico que toda la información ingresada es verificada bajo pena de perjurio. Entiendo que la información que declaro en esta solicitud tendrá carácter confidencial y únicamente se usará para administrar beneficios. Entiendo que se puede solicitar que trabaje con otras agencias como condición de mi aprobación para recibir asistencia. Acepto proporcionar documentación adicional cuando sea necesario para determinar la elegibilidad (por ejemplo, talón de pago, contrato de arrendamiento, gastos recientes, comprobante de desempleo, etc) para asistir e la determinación de elegibilidad.

Firma - Inquilino

Nombre impreso - Inquilino

Firma - Arrendador *(si el formulario es completado por el arrendador)*

Nombre impreso - Arrendador *(si el formulario es completado por el arrendador)*

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN *(solo del inquilino)*

Por la presente autorizo y solicito que se entregue a la Oficina de Asistencia del Condado cualquier información relacionada con edad, residencia, ciudadanía, empleo, y cualquier otra información adicional relacionada con elegibilidad para los programas de alquiler y gastos del hogar para mí. Entiendo que la información obtenida se utilizará únicamente para la determinación de asistencia para el alquiler/gastos del hogar u otros programas de asistencia de alquiler.

Firma del inquilino

Fecha

Nombre impreso del inquilino