

Solicitud Para Asistencia De Alquiler de Emergencia

Quién está solicitando? Inquilino Arrendador (por el inquilino)

Información del Inquilino

Apellido	Primer Nombre	Número del (de) Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
Número de teléfono	Correo electrónico (si está disponible)		Fecha

Cuantos viven en su Hogar: Número de Adultos _____ Número de niños menores de 18 años _____

Qué si usted u otra persona en su hogar: Sufrido dificultades financieras, tales como, si usted calificó para beneficios de desempleo, sufrió una reducción en los ingresos del hogar, o contrajo gastos significativos?

Sí No

Si la respuesta es sí, se debieron estas dificultades económicas, directa o indirectamente, a COVID-19?

Sí No

Alguien en su hogar está en riesgo de estar sin hogar o inestabilidad de hogar? Sí No

Alguien en su hogar ha recibido asistencia para el alquiler con fondos federales en los últimos 12 meses?

Sí No

Es usted veterano? Sí No

Ha sido alguien víctima de la violencia doméstica? Sí No

Ciudadanía: Ciudadano de los Estados Unidos Extranjero residente permanente Refugiado
 Extranjero residente temporal Otro

Raza (marque todas que aplican) Asiático Blanco Indígena Norte Amerindio o Nativo de Alaska
 Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico Negro o Afroamericano Otra _____

Identidad étnica: Hispano Non-Hispano

El sexo: Masculino Femenino

Información del Arrendador O Empresa de Mantenimiento de Propiedades

Empresa de mantenimiento de Propiedades (si es aplicable)

Apellido	Primer Nombre	Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Código postal	
Número de teléfono	Código de impuestos o Número del Seguro Social (si está disponible)		

Información de los Servicios Públicos del Inquilino

Nombre de la Empresa	Dirección (calle, ciudad, código postal)	Número de teléfono	Número de la cuenta

Ingreso del Hogar del Inquilino

Por favor infórmenos sobre los ingresos de todas las personas de su hogar que son de 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 apuntrar el ingreso que usted ya ha recibido.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comisiones | <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por alquilar | <input type="checkbox"/> La pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Los dividendos | <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por habitación o pensión | <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Juegos de azar o lotería | <input type="checkbox"/> Autoempleo | <input type="checkbox"/> Salario sindical |
| <input type="checkbox"/> Honorarios de tutores | <input type="checkbox"/> Beneficios por enfermedad | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Dinero ganado de niñera | <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted para préstamos | <input type="checkbox"/> Salarios del empleo |
| <input type="checkbox"/> Dinero para la formación | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Pensión privada | <input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI) | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Nombre de persona con ingreso	Tipo/Fuente del Ingreso/Nombre del empleador	Ingreso/Pago: Cuánto?	Con qué frecuencia se paga	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 \$ _____	
Carbon/leña/otro	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____	
Basura	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____	
Agua/Alcantarillo	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% of the area median income for the HH

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 quienes necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en 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), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o 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 con la verificación de 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

((i) 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 la Ley de Alimentación y Nutrición (en inglés, Food and Nutrition Act) de 2008, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036d. 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. (ii) 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. (iii) 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, llame al 1-800-772-1213 o correo electrónico a www.ssa.gov. O llame al 1-800-325-0778 (sistema TTY)

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del DHS para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante: DHS Office of Hearings and Appeals, PO Box 2675, Harrisburg PA 17105. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia antes de la audiencia contactando al Emergency Rental Assistance Program (ERAP) manager en línea a RA-PWERAPOIM@pa.gov. 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 más documentación 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
