

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

*Los Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) pueden facilitar montos de hasta \$4,000 para costos de viviendas elegibles para ayudar a familias que atraviesan una emergencia de vivienda. Complete la solicitud a continuación y envíela a la agencia regional local de administración ("Agencia regional"). La Agencia regional determinará si usted es elegible para RAFT, ERMA u otros programas de vivienda.*

### **1. Información familiar**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información de contacto alternativa: \_\_\_\_\_

### **2. Motivo de la solicitud**

Describa brevemente la situación de su vivienda, qué tipo de ayuda económica solicita y el motivo de su solicitud.

---

---

---

---

---

¿Qué monto de financiación (hasta \$4,000) solicita para ayuda con su emergencia de vivienda? \_\_\_\_\_

### **3. Certificación de COVID-19**

Tilde el casillero a continuación si su solicitud es en relación a una situación provocada o que empeoró a causa del COVID-19. *Tenga en cuenta que no todos los programas exigen que haya una relación con el COVID-19 para ser aprobados. El personal de la Agencia regional determinará para cuál(es) programa(s) es elegible después de revisar su solicitud.*

Certifico que solicito ayuda económica para emergencia de vivienda debido a una situación de vivienda provocada o que empeoró por la pandemia del COVID-19 y la crisis económica.

Explique de qué manera el COVID-19 le provocó dificultades económicas a su familia y/o provocó o empeoró su situación de vivienda actual.

---

---

---

**4. Información familiar**

Miembro de la familia	Nombre (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo étnico	Raza	Número de Seguro Social (si corresponde)
Jefe de familia			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	

**5. Estado actual de vivienda**

¿Cuál es su dirección actual? \_\_\_\_\_

¿Actualmente alquila o tiene vivienda propia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga por mes? \_\_\_\_\_

Si actualmente está atrasado en los pagos, ¿cuánto debe hasta el momento? \_\_\_\_\_

Si usted alquila, ¿cuenta actualmente con un subsidio de vivienda o vive en una vivienda subvencionada?

Sí  No

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de subsidio o vivienda subvencionada?

- Artículo 8 (móvil/para inquilinos o para proyectos)
- MRVP
- Vivienda pública
- Otros subsidios (describir) \_\_\_\_\_

## 6. Ingresos familiares

Enumere las fuentes de ingresos de todos los miembros de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, sin limitación, salarios, beneficios del Seguro Social, pensiones, TAFDC, EAEDC, pensión alimenticia, pensión conyugal, ingresos de trabajos por cuenta propia y aportes regulares o donativos de personas que no viven en el hogar.

Si su familia cuenta con más de seis fuentes de ingresos, anexe hojas adicionales para documentar todos los ingresos familiares.

Nombre	Fuente de ingreso	Total bruto (sin impuestos)	Frecuencia
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):

Tilde aquí para informar si su familia no recibe ningún ingreso. Todos los miembros adultos de la familia que no reciben ningún ingreso deben completar una Declaración de cero ingresos por separado (disponible a solicitud).

Algunas fuentes de ingresos pueden ser deducibles de su ingreso bruto a los fines de determinar la elegibilidad. Tilde el casillero correspondiente si usted o algún miembro de su familia anteriormente enumerado **actualmente paga** alguno de los siguientes gastos:

Nombre	Gasto(s)	Monto (s)	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia, pensión por separado o pensión conyugal por orden judicial o mediante acuerdo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o cuidado de un miembro de la familia enfermo o incapacitado <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas de educación superior de formación profesional (que no son de tiempo completo)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (describa):

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia, pensión por separado o pensión conyugal por orden judicial o mediante acuerdo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o cuidado de un miembro de la familia enfermo o incapacitado <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas de educación superior de formación profesional (que no son de tiempo completo)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (describa):
--	---	--	--

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de falso testimonio que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera, completa y correcta. Acepto presentar, a solicitud, documentación de todas las fuentes de ingresos a la Agencia regional. Entiendo que la presente solicitud no constituye un compromiso de ayuda financiera. Certifico que no he recibido ni me han aprobado fondos de ninguna otra fuente para el pago de los mismos gastos que he solicitado anteriormente. Certifico que si yo, mi propietario, mi prestamista hipotecario u otro proveedor reciben fondos de otra fuente para los mismos gastos que he solicitado anteriormente, notificaré de inmediato a la Agencia regional y tomaré todas las medidas necesarias para garantizar que los fondos sean devueltos a una de las fuentes. Autorizo a la Agencia regional a hacer las averiguaciones pertinentes para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud y a analizar dicha solicitud con otras agencias, con mi arrendador y/o prestamista y con los potenciales receptores de los pagos según se considere necesario conforme a la Declaración de derechos de la Ley de Prácticas Justas en la Información. Entiendo que toda declaración falsa o fraudulenta redundará en el retiro o rechazo de mi solicitud u otra acción que el Department of Housing and Community Development ("DHCD") y/o la Agencia regional consideren pertinentes. Entiendo que mi participación en el programa está supeditado a la elegibilidad y cumplimiento con las regulaciones estatales y nacionales y a los requisitos del programa del DHCD.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 7. Declaración de derechos de la Ley de Prácticas Justas en la Información

La \_\_\_\_\_ (Agencia regional) reúne información sobre los solicitantes y participantes de los programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) para determinar la elegibilidad y la necesidad de ayuda económica. La información reunida se utiliza para gestionar el programa de vivienda, para proteger los intereses económicos públicos y para verificar la fidelidad de la información presentada. Siempre que la legislación lo contemple, dicha información se puede enviar a las agencias gubernamentales, a las autoridades locales de vivienda pública, a las agencias de vivienda regionales sin fines de lucro, a los proveedores de servicios y a los investigadores y fiscales de delitos civiles o penales. De lo contrario, se mantendrá la confidencialidad de la información y solamente la utilizará el personal de la Agencia regional durante el ejercicio de sus funciones.

La Ley de Prácticas Justas en la Información estableció los requisitos que rigen el uso y divulgación de la información que reúne la Agencia regional. Los solicitantes y los participantes del programa pueden otorgar o retirar el permiso para proporcionar información que la Agencia regional les solicita; sin embargo, no permitirle a la Agencia Regional obtener la información solicitada redundará en demoras, no elegibilidad para los programas o la baja.

Como solicitante o participante del programa, usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información que se reúne sobre usted:

1. La información no se podrá utilizar para ningún propósito que no sea el que se menciona anteriormente sin su consentimiento.
2. La información no se podrá divulgar voluntariamente a ninguna persona que no sean las que figuran anteriormente sin su consentimiento.
3. Usted y su representante autorizado tienen derecho a examinar y a copiar la información reunida sobre usted.
4. Usted puede preguntar y recibir respuestas de la Agencia regional con respecto a la manera en que su información se reunirá y se utilizará.
5. Usted puede oponerse a la recopilación, mantenimiento, difusión, uso, veracidad, integridad o tipo de información que la Agencia regional mantiene sobre usted. Si usted se opone, investigaremos por qué se opone y corregiremos el problema o incluiremos su objeción en el expediente.

Entiendo que autorizo a la Agencia regional a obtener y a divulgar la información necesaria según se estableció anteriormente. La presente autorización es válida por un período de un año. Además, entiendo que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**8. Autorización para divulgar información**

Yo, \_\_\_\_\_ (Solicitante), entiendo que, para solicitar u obtener ayuda del programa Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) o del programa Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) del Department of Housing and Community Development (DHCD), cada miembro de mi familia mayor de 18 años y yo, debemos autorizar la divulgación de mi información personal y de la de mis hijos menores de edad al DHCD, y del DHCD a otras agencias, para verificar la elegibilidad inicial y continua de mi familia para los programas RAFT y ERMA.

**Permiso para que otros proporcionen información al DHCD**

Autorizo al DHCD, salvo que la ley y las regulaciones aplicables al DHCD dispongan lo contrario, para el funcionamiento y gestión eficiente de los programas RAFT y/o ERMA, a solicitar, obtener y conservar información sobre mí y sobre los miembros menores de edad de mi familia (por cualquier medio) a agencias, organizaciones, empleadores o personas y a analizar y a enviarles correspondencia con respecto a dicha información por cualquier medio. Además, autorizo a todas las agencias, organizaciones, empleadores o personas a divulgar información sobre mí y sobre los miembros menores de edad de mi familia al DHCD.

**Permiso para que el DHCD proporcione información sobre mí y sobre mi familia a otros**

Autorizo al DHCD, salvo que la ley y las regulaciones dispongan lo contrario, para el funcionamiento y gestión eficiente de los programas RAFT y/o ERMA, o dentro del alcance requerido por otras agencias gubernamentales, a obtener información para uso oficial del gobierno, a proporcionar información sobre mí y sobre los miembros menores de edad de mi familia, disponible a través de mi participación en los programas del DHCD, a los contratistas del DHCD y a otras agencias gubernamentales. Autorizo al DHCD a proporcionar información sobre mí y sobre los miembros menores de edad de mi familia, disponible a través de mi participación en los programas RAFT y/o ERMA, a investigadores académicos, independientemente de si dichas investigaciones se llevan a cabo conjuntamente con una institución universitaria.

**Ley vigente**

Entiendo que el DHCD mantendrá la confidencialidad de la información personal proporcionada o recibida a través de esta divulgación conforme a la ley vigente; lo que incluye, la Ley de Prácticas Justas en la Información (FIPA), el Capítulo 66A del Reglamento General de Massachusetts y la Ley de Privacidad de Datos de Massachusetts (DPA), Capítulo 93H del Reglamento General de Massachusetts. Entiendo que, conforme a la FIPA, tengo derechos con respecto a determinados datos personales que se conservan sobre mí y sobre mi familia, lo que incluye mi derecho a que determinados datos personales estén disponibles para mí, y a oponerme a la recopilación, mantenimiento, difusión, uso, veracidad, integridad, puntualidad o relevancia de los datos personales o del tipo de información que se conserva sobre mí y sobre los miembros menores de edad de mi familia.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 9. Contrato del participante

La ayuda económica a través de los programas RAFT y/o ERMA se otorga a familias elegibles una vez que esta solicitud se haya completado y revisado, y después de que la Agencia regional haya reunido y revisado toda la documentación presentada por el solicitante y por los potenciales receptores de los pagos.

Al firmar a continuación, usted acepta que usted, el participante, entiende que la ayuda económica entre los programas RAFT y ERMA no puede superar \$4,000 dentro de un período de 12 meses, independientemente de cuántas veces el solicitante la solicite o resulte elegible.

El participante acepta:

- Proporcionar a la Agencia regional documentación por escrito de todas las fuentes de ingresos de todos los miembros de la familia.
- Proporcionar a la Agencia regional información completa y veraz de todos los miembros de la familia del participante.
- Permanecer en contacto con la Agencia regional, según esta lo requiera, para ayudar a la Agencia regional con el seguimiento e información sobre el cumplimiento del programa.
- Abstenerse de hacer cualquier cosa de forma intencional que ponga en peligro la situación laboral o de vivienda actual del participante.
- No cometer fraude ni realizar declaraciones falsas en relación con los programas RAFT y ERMA.

Otras obligaciones del participante:

- El participante acepta que no tiene ningún interés económico en la unidad de alquiler para la cual se utilizan los programas.
- El participante acepta que, si es aprobado por otra fuente o agente de financiación para la misma financiación que necesita, lo notificará de inmediato a la Agencia Regional y tomará todas las medidas necesarias para garantizar que los fondos sean devueltos a la Agencia Regional o al otro agente de financiación.
- El participante acepta que todos los términos, condiciones y disposiciones de este contrato aplican a todos los miembros de la familia del participante.
- El participante acepta que continuará realizando los pagos de la vivienda que no están cubiertos por la ayuda de RAFT o ERMA. El incumplimiento en el pago del alquiler, hipoteca, servicios públicos u otras obligaciones de pago sin un motivo justificable convincente, descalificará al participante para recibir otra ayuda económica de RAFT y/o ERMA.

Responsabilidades de la Agencia regional:

- La Agencia Regional determinará la elegibilidad del participante en función de los criterios de elegibilidad del programa establecidos por el Massachusetts Department of Housing and Community Development.
- La Agencia regional determinará los montos y los tipos de ayuda económica, y realizará los pagos directos al proveedor en nombre del participante.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Lista de verificación de documentos**

- Identificación de todos los miembros de la familia (ejemplos: ID con foto, licencia, acta de nacimiento, pasaporte)
- Tarjeta de Seguro Social de todos los miembros de la familia que tienen números de Seguro Social
- Documentación de la vivienda actual y residencia principal (ejemplos; contrato de alquiler, alquiler sin plazo fijo, estado de cuenta de la hipoteca)
- Documentación de la vivienda en crisis elegible
- Documentación de las dificultades económicas, si corresponde (ejemplos, carta/correo electrónico del empleador, solicitud de seguro de desempleo, aviso de pérdida de seguro de salud subvencionado por el empleador) o justificación personal
- Documentación de los ingresos actuales (recibos de sueldo o comprobantes correlativos de 1 mes, con fecha dentro de los últimos 60 días) o justificación personal
- Formulario W-9 del receptor del pago, si corresponde
- Documentación de titularidad del propietario si los fondos se utilizarán para pagarle al propietario.
- Comprobante del monto adeudado o vencido de los fondos que se cubrirán

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

Complete el cuadro con el monto total de ayuda solicitada por programa

Nombre del programa		RAFT-standard	RAFT-upstream	RAFT-COVID	ERMA-CDBG	ERMA-MTW
Número del programa HAPPY		2			5	
Valor de incremento del programa HAPPY		2	11	13	15	16
Nivel de ingresos		<input type="checkbox"/> 0-15% AMI (Ingreso medio por área) <input type="checkbox"/> 15-30% AMI (Ingreso medio por área) <input type="checkbox"/> 30-50% AMI (Ingreso medio por área) <input type="checkbox"/> 50-60% AMI y en riesgo de quedarse sin vivienda por violencia doméstica			<input type="checkbox"/> 50-80% AMI (Ingreso medio por área)	
Otras restricciones				<input type="checkbox"/> Relacionadas con emergencia de vivienda o agravadas por COVID-19	<input type="checkbox"/> Relacionadas con emergencia de vivienda o agravadas por COVID-19	<input type="checkbox"/> Relacionadas con emergencia de vivienda o agravadas por COVID-19 <input type="checkbox"/> Al menos un miembro de la familia tiene un estado migratorio elegible
ARR	Pagos atrasados de alquiler	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
MOR	Pagos atrasados de hipoteca	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
STP	Pagos de alquiler	\$ _____		\$ _____	\$ _____	
MST	Pagos de hipoteca	\$ _____		\$ _____	\$ _____	
FMR	Alquiler del primer mes	\$ _____		\$ _____		
LMR	Alquiler del último mes	\$ _____		\$ _____		
FUR	Muebles	\$ _____		\$ _____		
MIS	Varios	\$ _____		\$ _____		
MOV	Empresas de mudanzas	\$ _____		\$ _____		
SEC	Depósito de garantía	\$ _____		\$ _____		
TRA	Gastos de viaje	\$ _____		\$ _____		
UTL	Pago de servicios públicos	\$ _____		\$ _____		
Subtotales		\$ _____ Total de RAFT-standard	\$ _____ Total de RAFT-upstream	\$ _____ Total de RAFT-COVID	\$ _____ Total de ERMA-CDBG	\$ _____ Total de ERMA-MTW
Total (no debe superar \$4,000)		\$ _____				

**Aprobación del supervisor de la Agencia regional de administración:**

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_