

Requerimento para assistência habitacional: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Os programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) podem ajudar com até \$ 4.000 em custos habitacionais elegíveis para auxiliar famílias em situação de emergência habitacional. Preencha o requerimento abaixo e envie ao seu órgão administrador local ("Órgão Regional"). O Órgão Regional determinará se você poderá ser elegível ao RAFT, ERMA ou qualquer outro programa habitacional.

1. Informações da família

Nome do requerente: _____

Idioma de preferência: _____

Telefone: _____

Endereço de e-mail: _____

Informações de contato alternativas: _____

2. Motivo do requerimento

Descreva brevemente sua situação habitacional, que tipo de assistência financeira você está solicitando e o motivo da sua solicitação.

Quanto de financiamento (até \$ 4.000) você está solicitando para ajudar na sua emergência habitacional? _____

3. Certificação da COVID-19

Marque a caixa abaixo se sua solicitação estiver relacionada a uma situação que foi causada ou agravada pela COVID-19. *Observe que nem todos os programas exigem uma ligação com a COVID-19 para aprovação. A equipe do Órgão Regional determinará para quais programas você é elegível após a análise do seu requerimento.*

Certifico que estou solicitando assistência habitacional de emergência devido a uma situação habitacional causada ou agravada pela pandemia da COVID-19 e pela crise econômica.

Explique como a COVID-19 causou dificuldades financeiras para sua família e/ou causou ou agravou sua situação habitacional atual.

4. Informações da família

Membro da família	Nome (sobrenome, primeiro nome)	Data de nascimento	Sexo	Etnia	Raça	Número do Social Security (se aplicável)
Chefe da família			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro adulto com mais de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro adulto com mais de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro adulto com mais de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro adulto com mais de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro adulto com mais de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro adulto com mais de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Índio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Ilhéu do pacífico	

5. Status atual de habitação

Qual é o seu endereço atual? _____

Atualmente, você mora de aluguel ou é proprietário? _____

Qual é o seu pagamento mensal? _____

Se você possui dívidas em atraso, quanto está vencido atualmente? _____

Se você mora de aluguel, atualmente você tem um subsídio habitacional ou mora em uma habitação subsidiada?

Sim Não

Em caso afirmativo, que tipo de subsídio ou habitação subsidiada?

Section 8 (baseado no mobiliário/locatário ou baseado em projeto)

MRVP

Public Housing

Outro subsídio (explique) _____

6. Renda familiar

Liste todas as fontes de renda de todos os membros da família. As fontes de renda podem incluir, entre outros, salários, benefícios do Social Security, pensões, TAFDC, EAEDC, pensão alimentícia, renda de trabalho autônomo e contribuições ou doações regulares de pessoas que não residem na casa.

Se sua família tiver mais de seis fontes de renda, anexe páginas adicionais para documentar toda a sua renda familiar.

Nome	Fonte de renda	Valor bruto (sem impostos)	Frequência
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):

Marque aqui para declarar que sua família tem renda zero. Todos os membros adultos da família com renda zero devem preencher uma Declaração de renda zero separada (disponível mediante solicitação).

Algumas fontes de renda podem ser dedutíveis da sua renda bruta para fins de determinação da elegibilidade. Marque se você ou um membro da sua família listado acima **atualmente paga** por uma das seguintes despesas:

Nome	Despesa(s)	Valor(es)	Frequência
	<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia, pensão pós-separação ou pensão pagos sob ordem judicial ou acordo <input type="checkbox"/> Creche ou tratamento de um membro da família doente ou incapacitado <input type="checkbox"/> Mensalidade e taxas para ensino pós-secundário profissionalizante (não em período integral)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):
	<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia, pensão pós-separação ou pensão pagos sob ordem judicial ou acordo <input type="checkbox"/> Creche ou tratamento de um membro da família doente ou incapacitado <input type="checkbox"/> Mensalidade e taxas para ensino pós-secundário profissionalizante (não em período integral)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra (explique):

Requerimento para assistência habitacional: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Ao assinar abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que todas as informações fornecidas neste requerimento são verdadeiras, completas e corretas. Concordo em fornecer, mediante solicitação, documentação de todas as fontes de renda ao Órgão Regional. Compreendo que este requerimento não é um compromisso de assistência monetária. Certifico que não recebi ou fui aprovado para receber recursos de qualquer outra fonte para pagar as mesmas despesas solicitadas acima. Certifico que se eu, meu proprietário, meu credor hipotecário ou qualquer outro fornecedor receber recursos de qualquer outra fonte para as mesmas despesas que solicitei acima, notificarei imediatamente o Órgão Regional e envidarei todos os esforços para garantir que os recursos sejam devolvidos para uma das fontes. Autorizo o Órgão Regional a fazer averiguações para checar as informações que forneci neste requerimento e a debater esse requerimento com outros órgãos, meu locador e/ou credor e quaisquer beneficiários em potencial, conforme necessário, de acordo com a seguinte Declaração de Direitos da Lei de Práticas de Informação Justa (Fair Information Practices Act Statement of Rights). Compreendo que qualquer falso testemunho ou falsidade ideológica pode resultar no cancelamento ou recusa do meu requerimento ou em qualquer outra ação que o Department of Housing and Community Development (“DHCD”) e/ou o Órgão Regional considerem apropriada. Compreendo que minha participação no programa está sujeita à elegibilidade e conformidade com os regulamentos federais e estaduais e aos requisitos de programa do DHCD.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

7. Declaração de Direitos da Lei de Práticas de Informação Justa

O _____ (Órgão Regional) coleta informações sobre requerentes e participantes dos programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) para determinar a elegibilidade e a necessidade de assistência financeira. As informações coletadas são usadas para administrar o programa habitacional, proteger o interesse financeiro público e checar a precisão das informações enviadas. Quando permitido por lei, as informações podem ser divulgadas a órgãos governamentais, autoridades locais de habitação social, órgãos regionais de habitação sem fins lucrativos, prestadores de serviços, investigadores e promotores civis ou criminais. Caso contrário, as informações serão mantidas em sigilo e usadas apenas pela equipe do Órgão Regional no exercício de suas funções.

A Lei de Práticas de Informação Justa estabeleceu exigências que regem o uso e a divulgação das informações coletadas pelo Órgão Regional. Os requerentes e participantes do programa podem conceder ou negar sua permissão quando solicitados pelo Órgão Regional a fornecer informações; no entanto, não permitir que o Órgão Regional obtenha as informações necessárias pode resultar em atraso, inelegibilidade para programas ou rescisão.

Como requerente ou participante do programa, você tem os seguintes direitos em relação às informações coletadas sobre você:

1. Nenhuma informação pode ser usada para qualquer finalidade que não seja a descrita acima sem o seu consentimento.
2. Nenhuma informação pode ser voluntariamente divulgada a qualquer pessoa que não seja a descrita acima sem o seu consentimento.
3. Você ou seu representante autorizado tem o direito de inspecionar e copiar qualquer informação coletada sobre você.
4. Você pode fazer perguntas e receber respostas do Órgão Regional sobre como ele coletará e usará suas informações.
5. Você pode contestar a coleta, manutenção, divulgação, uso, precisão, integridade ou tipo de informação que o Órgão Regional mantém sobre você. Caso você conteste, investigaremos sua objeção e corrigiremos o problema ou incluiremos sua objeção no arquivo.

Compreendo que estou autorizando o Órgão Regional a obter e divulgar as informações necessárias, conforme discutido acima. Esta autorização é válida pelo período de um ano. Compreendo ainda que uma fotocópia desta autorização é tão válida quanto a original.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

8. Autorização para divulgação de informações

Eu, _____ (Requerente), compreendo que, para solicitar ou obter assistência do programa Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) ou Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) do Department of Housing and Community Development (DHCD), todos os membros da minha família com idade superior a 18 anos, e eu, devem autorizar a divulgação de minhas informações pessoais e dos meus filhos menores de idade ao DHCD, e pelo DHCD a outros órgãos, a fim de checar a elegibilidade inicial e contínua da minha família para os programas RAFT e/ou ERMA.

Permissão para que outras pessoas forneçam informações ao DHCD

Eu autorizo o DHCD, na medida exigida por lei e regulamentos aplicáveis ao DHCD, ou para a operação e gestão eficientes dos programas RAFT e/ou ERMA, a solicitar, obter e manter informações sobre mim e meus familiares menores de idade (em qualquer meio) de qualquer órgão, organização, empregador ou indivíduo, e a debater ou conversar sobre essas informações em qualquer meio. Além disso, autorizo todo e qualquer órgão, organização, empregador ou indivíduo a divulgar qualquer informação referente a mim e a meus familiares menores de idade ao DHCD.

Permissão para que o DHCD forneça informações sobre mim e minha família a outras pessoas

Eu autorizo o DHCD, na medida exigida por lei e regulamentos, para a operação e gestão eficientes dos programas RAFT e/ou ERMA, ou na medida solicitada por outros órgãos governamentais, a obter informações para uso oficial do governo e a fornecer qualquer informação sobre mim e meus familiares menores de idade, disponibilizada por meio do meu envolvimento nos programas do DHCD, a contratados do DHCD e outros órgãos governamentais. Eu autorizo o DHCD a fornecer qualquer informação sobre mim e meus familiares menores de idade, disponibilizada por meio do meu envolvimento nos programas RAFT e/ou ERMA, a pesquisadores acadêmicos, independentemente se a pesquisa for realizada com uma instituição que concede diploma.

Lei aplicável

Compreendo que o DHCD manterá em sigilo todas as informações pessoais fornecidas ou recebidas através desta divulgação, em conformidade com a lei aplicável, incluindo a Lei de Práticas de Informação Justa (FIPA), Capítulo 66A das Leis Gerais de Massachusetts; e a Lei de Privacidade de Dados de Massachusetts (DPA), Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 93H. Compreendo que, de acordo com a FIPA, tenho direitos sobre certos dados pessoais mantidos sobre mim e minha família, incluindo o direito de ter certos dados pessoais disponíveis para mim e de contestar a coleta, manutenção, divulgação, uso, precisão, integridade, conveniência ou relevância dos dados pessoais ou tipo de informação mantida sobre mim e meus familiares menores de idade.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Requerimento para assistência habitacional: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

9. Contrato do participante

A assistência financeira através dos programas RAFT e/ou ERMA poderá ser concedida às famílias elegíveis após o preenchimento e a revisão deste requerimento e após o Órgão Regional coletar e analisar toda a documentação necessária do requerente e de quaisquer prováveis beneficiários.

Ao assinar abaixo, você(s) confirma(m) que você(s), o(s) Participante(s), compreende(m) que a assistência financeira entre os programas RAFT e ERMA não pode exceder \$ 4.000 em um período de 12 meses, independentemente de quantas vezes o requerente solicite ou seja considerado elegível.

O Participante concorda em:

- Fornecer ao Órgão Regional documentação escrita de todas as fontes de renda de todos os membros da família.
- Fornecer ao Órgão Regional informações completas e precisas sobre todos os membros da família do Participante.
- Permanecer em contato com o Órgão Regional, conforme necessário, para ajudar o Órgão Regional a acompanhar e informar sobre o desempenho do programa.
- Não fazer algo intencionalmente que comprometa o status atual de habitação ou emprego do Participante.
- Não cometer fraude ou dar falso testemunho em relação aos programas RAFT e/ou ERMA.

Outras obrigações do Participante:

- O Participante concorda que não tem nenhum interesse financeiro na unidade de locação para a qual os recursos do programa estão sendo utilizados.
- O Participante concorda que, se for aprovado para a mesma necessidade de financiamento por um financiador ou fonte diferente, notificará imediatamente o Órgão Regional e envidará os melhores esforços para garantir que os recursos sejam devolvidos ao Órgão Regional ou ao outro financiador.
- O Participante concorda que todos os termos, condições e disposições deste contrato se aplicam a todos os membros da família do Participante.
- O Participante concorda em continuar a efetuar pagamentos de habitação não cobertos pelo auxílio do RAFT e/ou ERMA. O não cumprimento de aluguel, hipoteca, serviços públicos ou outras obrigações de pagamento sem um motivo justificável e convincente poderá desqualificar o Participante de qualquer assistência financeira adicional do RAFT e/ou ERMA.

Responsabilidades do Órgão Regional:

- O Órgão Regional determinará a elegibilidade do participante com base nos critérios de elegibilidade do programa, estabelecidos pelo Massachusetts Department of Housing and Community Development.
- O Órgão Regional determinará os valores e tipos de assistência financeira e efetuará pagamentos diretos ao fornecedor em nome do Participante.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Assinatura de outro adulto com mais de 18 anos: _____ Data: _____

Requerimento para assistência habitacional: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Lista de verificação de documentos

- Identificação de todos os membros da família (exemplos: identidade com foto, carteira de habilitação, certidão de nascimento, passaporte)
- Cartões do Social Security de todos os membros da família que possuem número de Social Security
- Documentação da habitação atual e da residência principal (exemplos: contrato de arrendamento, contrato de locação por prazo indeterminado, declaração de hipoteca)
- Documentação de crise habitacional elegível
- Documentação de dificuldades financeiras, se aplicável (exemplos: carta/e-mail do empregador, solicitação de seguro-desemprego, aviso de perda do seguro de saúde fornecido pelo empregador) ou autocertificação
- Documentação da renda atual (contracheques ou comprovações consecutivas de 1 mês, datados nos últimos 60 dias) ou autocertificação
- W-9 do beneficiário, se aplicável
- Comprovante de propriedade do proprietário, se os recursos forem usados para pagar um proprietário
- Comprovação do valor em dívida ou devido em relação a quaisquer recursos cobertos

Outro: _____

Outro: _____

Outro: _____

Requerimento para assistência habitacional: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

APENAS PARA USO DOS FUNCIONÁRIOS

Preencha a grade com a quantidade total de assistência solicitada por programa

Nome do programa		RAFT-standard	RAFT-upstream	RAFT-COVID	ERMA-CDBG	ERMA-MTW
Número do HAPPY Program		2			5	
Número do HAPPY Increment		2	11	13	15	16
Nível de renda		<input type="checkbox"/> 0-15% AMI <input type="checkbox"/> 15-30% AMI <input type="checkbox"/> 30-50% AMI <input type="checkbox"/> 50-60% AMI e em risco de falta de moradia devido à violência doméstica			<input type="checkbox"/> 50-80% AMI	
Outras restrições				<input type="checkbox"/> Emergência habitacional relacionada ou agravada pela COVID-19	<input type="checkbox"/> Emergência habitacional relacionada ou agravada pela COVID-19	<input type="checkbox"/> Emergência habitacional relacionada ou agravada pela COVID-19 <input type="checkbox"/> Pelo menos um membro da família tem status de imigração qualificado
ARR	Aluguel atrasado	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
MOR	Empréstimo hipotecário em atraso	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
STP	Estipêndios para aluguel	\$ _____		\$ _____	\$ _____	
MST	Estipêndios para hipoteca	\$ _____		\$ _____	\$ _____	
FMR	Aluguel do primeiro mês	\$ _____		\$ _____		
LMR	Aluguel do último mês	\$ _____		\$ _____		
FUR	Mobília	\$ _____		\$ _____		
MIS	Diversos	\$ _____		\$ _____		
MOV	Mudança	\$ _____		\$ _____		
SEC	Depósito de segurança	\$ _____		\$ _____		
TRA	Despesas de viagem	\$ _____		\$ _____		
UTL	Pagamento de serviços públicos	\$ _____		\$ _____		
Subtotais		\$ _____ Total do RAFT-standard	\$ _____ Total do RAFT-upstream	\$ _____ Total do RAFT-COVID	\$ _____ Total do ERMA-CDBG	\$ _____ Total do ERMA-MTW
Total (não exceder \$ 4.000)		\$ _____				

Autorização do supervisor do órgão administrador regional:

Assinatura do supervisor: _____ Data: _____