

Requerimento de Emergency Housing Payment Assistance

Versão 2022.1

Este requerimento é para os programas Emergency Housing Payment Assistance, incluindo o Emergency Rental Assistance Program (**ERAP**) e Residential Assistance for Families in Transition (RAFT). Você será direcionado(a) ao programa mais adequado de acordo com suas necessidades.

Você pode enviar este formulário de requerimento para a RAA local. Também é possível enviar seu requerimento rapidamente e facilmente por um computador ou smartphone no site: www.mass.gov/COVIDHousingHelp.

Este requerimento lhe perguntará:

- Sobre a sua **habitação atual** e quais desafios você pode estar enfrentando
- Informações sobre quem está em seu **agregado familiar**
- Qual é o **rendimento** de todos em seu agregado familiar
- Qual tipo de **assistência** você precisa
- Para as **informações de contato do locador**

Você também terá que enviar a seguinte documentação. Seu requerimento será processado mais rapidamente se você incluir todos esses documentos em seu requerimento.

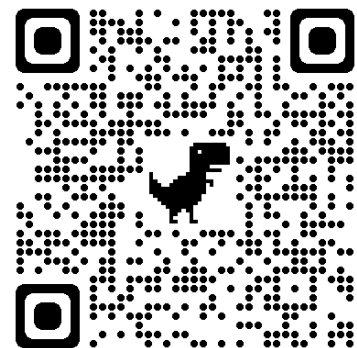
- **Documento de identidade** do chefe do agregado familiar
- Comprovação da **crise habitacional** (por exemplo, uma ordem de despejo ou carta que afirme que o seu aluguel está em atraso)
- Comprovação de **habitação** (por exemplo, um contrato de locação ou hipoteca)
- Comprovante de **renda** (por exemplo, holerites)

Depois de enviar o requerimento, um gestor de caso de uma **Agência Administrativa Regional (RAA) entrará em contato com as informações de contato fornecidas aqui**. Responda prontamente quando isso acontecer.

O requerimento para Emergency Housing Payment Assistance é **gratuito**. Nenhuma taxa é exigida para fazer o requerimento e há assistência gratuita disponível para auxiliar no preenchimento. Cuidado com golpes de indivíduos que cobram uma “taxa de inscrição” para ajudar a enviar um requerimento.

Se precisar de assistência para preencher o requerimento, entre em contato com a RAA local para obter assistência gratuita. As informações de contato da RAA estão na próxima página; entre em contato com a RAA que atende a parte do estado onde reside atualmente ou com uma do local para onde se mudará.

Você também pode encontrar a RAA mais próxima on-line; tire uma foto desta imagem com o seu celular:



<https://hedfuel.azurewebsites.net/raa.aspx>

Requerimento para Emergency Housing Payment Assistance

RAA	Endereço	Telefone
Berkshire Housing Development Corp. (BHDC), atende Berkshires	Caixa postal 1180, Pittsfield, MA 01202-1180	(413) 499-1630 x168
Community Teamwork, Inc. (CTI), atende North Shore	17 Kirk Street, Lowell, MA 01852	(978) 459-0551
Housing Assistance Corp. (HAC), atende Cape and Islands	460 West Main Street, Hyannis, MA 02601	(508) 771-5400
Way Finders, Inc., atende Springfield e Hampden County	1780 Main Street, Springfield, MA 01103	(413) 233-1600
Metro Housing Boston, atende a área metropolitana de Boston	1411 Tremont Street, Boston, MA 02120	(617) 425-6700
RCAP Solutions, atende Worcester County	191 May Street, Worcester, MA 01602	(978) 630-6771
South Middlesex Opportunity Council, Inc. (SMOC), atende Metro West, incluindo Framingham	7 Bishop Street, Framingham, MA 01702	(508) 872-0765
Neighbor Works Housing Solutions, atende South Shore and South Coast	169 Summer Street, Kingston, MA 02364	(781) 422-4204
Lynn Housing Authority and Neighborhood Development (LHAND), atende Lynn	LHAND Family Success Center, 39 Curwin Terrace, Lynn, MA 01905	(339) 883-2342
Franklin County Regional Housing & Redevelopment Authority, atende Franklin County	241 Millers Falls Road, Turners Falls, MA 01376	(413) 863-9781
Central Massachusetts Housing Alliance (CMHA), atende Worcester County	6 Institute Road, PO Box 3, Worcester, MA 01609	(774) 243-3872

1. Informações do agregado familiar

Nome do chefe do agregado familiar: _____

Idioma preferido: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Informações de contato alternativas: _____

Qual é o seu endereço atual? _____

Qual é o seu endereço de correspondência, se for diferente? _____

Se você for se mudar, qual será o seu novo endereço? _____

Podemos enviar uma mensagem de texto sobre seu requerimento no número de telefone listado acima? Tarifas de mensagens e dados podem ser aplicáveis.

Sim

Não

2. Situação de vida atual

Selecione a afirmação que melhor descreve sua situação de vida.

Locatário com estadia: Com apartamento/casa para alugar e procurando auxílio para permanecer no mesmo lugar.

Mudando-se: Você precisa sair de onde está residindo atualmente (ou seja, está desabrigado, em uma habitação temporária ou está enfrentando condições inseguras).

Fundo de assistência ao proprietário

Se você possui casas para 1-4 famílias e está com dificuldades para pagar sua hipoteca, você também pode ser elegível para assistência hipotecária sob o programa Homeowners Assistance Fund (HAF) do estado, que inclui assistência para proprietários ocupantes de 1-4 casas. Acesse: www.massmortgagehelp.org ou ligue para o número: 2-1-1 para obter mais informações e se inscrever.

3. Advogado(a)

Você é um(a) advogado(a) e deseja ajudar um locatário/cliente a obter assistência?

Não, estou requerindo para mim mesmo. *Continue na Seção 4.*

Sim, estou requerindo em nome de outro indivíduo. *Os advogados são altamente incentivados a requererem para seus clientes on-line no site: www.mass.gov/COVIDHousingHelp.*

*Preencha a seguinte seção **somente** se for um(a) advogado(a) que estiver requerindo em nome de outro indivíduo*

Nome do(a) advogado(a): _____

Relação com o requerente: _____

Preferência de idioma do indivíduo para o qual está requerendo: _____

Número de telefone do(a) advogado(a): _____

E-mail do(a) advogado(a): _____

Organização/associação do(a) advogado(a): _____

Confirmação de consentimento do(a) advogado(a)

- Marque esta caixa para confirmar que você concorda em enviar este requerimento em nome do requerente.
- Marque esta caixa para confirmar que você autoriza a comunicação sobre este requerimento em nome do cliente.

4. Impacto da COVID-19

Muitas famílias em Massachusetts foram afetadas financeiramente pela pandemia de COVID-19. Conte-nos quais desafios você enfrentou desde o início da pandemia em março de 2020. Você pode marcar mais de uma opção.

Eu ou alguém da minha família...

- Perdeu o emprego
- Recebeu benefícios de desemprego
- Teve uma renda menor do que o normal (pagamento mais baixo, menos horas de trabalho ou menos clientes se for autônomo)
- Teve que faltar do trabalho, parar de trabalhar ou trabalhar menos horas devido a uma necessidade médica ou de saúde
- Teve que faltar do trabalho ou parar de trabalhar para cuidar de alguém com necessidades médicas ou de saúde
- Teve que faltar do trabalho, parar de trabalhar ou trabalhar menos horas porque a escola ou a creche do(a) filho(a) estava fechada ou porque o(a) filho(a) teve que ser ensinado(a) remotamente
- Teve um colega de quarto ou familiar que se mudou, parou de pagar aluguel ou faleceu, levando a custos mais altos de habitação
- Teve contas mais altas do que o normal (por exemplo, contas médicas, custos de transporte, custos de creche, custos de funeral, aluguel, serviços públicos etc.)
- Teve uma renda muito baixa para pagar as despesas básicas da família (por exemplo, alimentação, roupas, aluguel, serviços públicos, produtos de limpeza etc.)
- Outro problema financeiro (explique)

5. Motivo do requerimento

Use a seção abaixo para marcar toda e qualquer necessidade de habitação que descreva sua situação atual. (Marque todas as opções aplicáveis).

Sou o responsável pelo **aluguel** da minha habitação e...

- Estou com o aluguel em atraso
- Recebi uma Notificação para sair que afirma que minha locação será rescindida se não pagar todo o aluguel devido
- Fui ao tribunal ou tenho uma data marcada para ir ao tribunal para ser despejado
- Um juiz disse que eu tenho que deixar minha habitação
- Um oficial de justiça, oficial de aplicação da lei entregou documentos judiciais sobre o despejo
- Não posso pagar o aluguel futuro

Preciso me **mudar** por quê...

- Estou em uma habitação temporária ou compartilhada e não posso permanecer

- Atualmente estou desabrigado (por exemplo, dormindo em um abrigo, um carro ou na rua)
- Perdi minha habitação devido a um incêndio, inundação ou desastre natural
- Alguém com quem resido tem ferido a mim ou a minha família, ameaçado nos ferir ou está fazendo com que nos sintamos inseguros

Sou o **locador** do meu imóvel...

- Estou com serviços públicos em atraso
- Recebi um aviso de desligamento de serviço público
- Meu serviço público foi desligado
- Não consigo ligar os serviços públicos em minha nova unidade
- Outro (descreva abaixo)

6. Habitação subsidiada

Você reside atualmente em um imóvel em que seu aluguel aumenta ou diminui conforme a sua renda (ou seja, você tem um comprovante, conforme a Seção 8, ou reside em uma habitação pública)?

- Sim
- Não

7. Informações do agregado familiar

Liste abaixo todos os membros do seu agregado familiar. Os membros do agregado familiar incluem filhos, dependentes, parentes e colegas de quarto que ajudam a pagar o aluguel informado neste requerimento.

Membro do agregado familiar	Nome	Data de nascimento	Sexo	Etnia	Raça	Número de Segurança Social Se nenhuma for aplicável, escreva "N/A"
<input type="checkbox"/> Chefe do agregado familiar			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a)			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra	

Requerimento para Emergency Housing Payment Assistance

<input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____				<input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Não hispânica <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia nativa americana <input type="checkbox"/> Asiática	

					<input type="checkbox"/> Nativo das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
--	--	--	--	--	---	--

* Se você não possui um número de segurança social, escreva N/A. Não ter um número de segurança social não afetará a elegibilidade.

8. Renda do agregado familiar

Liste todas as fontes de renda de todos os membros do agregado familiar. As fontes de renda podem incluir, mas não estão limitadas a, salários, desemprego, benefícios de Previdência Social, pensões, TAFDC, EAEDC, pensão alimentícia, renda de trabalho autônomo e contribuições regulares ou presentes de indivíduos que não residem no local.

Se seu agregado familiar tem mais de seis fontes de renda, anexe páginas adicionais para documentar toda a renda.

Nome	Fonte de renda (ou seja, de emprego, benefícios DTA)	Quantia bruta (antes dos impostos)	Frequência	Marque esta caixa se um membro do agregado familiar com 18 anos ou mais não tiver nenhuma renda
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):	<input type="checkbox"/> Nenhuma renda
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):	<input type="checkbox"/> Nenhuma renda
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):	<input type="checkbox"/> Nenhuma renda
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):	<input type="checkbox"/> Nenhuma renda
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente	<input type="checkbox"/> Nenhuma renda

Requerimento para Emergency Housing Payment Assistance

			<input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):	
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):	<input type="checkbox"/> Nenhuma renda

Algumas fontes de renda podem ser deduzidas de sua receita bruta para fins de determinação de elegibilidade. Marque se você ou um membro do seu agregado familiar listado acima **paga atualmente** qualquer uma das seguintes despesas:

Nome	Despesa(s)	Quantia(s)	Frequência
	<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia, pensão de separação ou pensão determinada por ordem judicial ou acordo <input type="checkbox"/> Cuidados de crianças ou cuidados de um membro do agregado familiar doente ou incapacitado <input type="checkbox"/> Mensalidade e taxas de ensino pós-secundário profissionalizante (não em tempo integral)		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):
	<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia, pensão de separação ou pensão determinada por ordem judicial ou acordo <input type="checkbox"/> Cuidados de crianças ou cuidados de um membro do agregado familiar doente ou incapacitado <input type="checkbox"/> Mensalidade e taxas de ensino pós-secundário profissionalizante (não em tempo integral)		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (explique):

9. Emprego

Você está empregado? Marque uma opção.

- Sim, estou empregado
- Não, perdi meu emprego nos últimos 3 meses
- Não, perdi meu emprego há mais de 3 meses

10. Solicitação de assistência

Qual tipo de assistência você precisa? Marque todas as opções aplicáveis.

Preciso de auxílio com aluguel vencido (“atrasos”).

Se você está com o pagamento em atraso (aluguel), qual é a quantia devida?

Liste todos os meses anteriores que são devidos (por exemplo, janeiro de 2021, fevereiro de 2021)

Também preciso de auxílio com aluguel futuro. Esteja ciente de que você já deve ter aluguel vencido para receber assistência com aluguel futuro.

Quanto é o seu aluguel mensal atual? _____

Preciso de auxílio com serviços públicos vencidos.

Qual tipo de serviço você precisa de assistência para pagar?

- Gás
- Combustível
- Energia
- Outro

Se você está com serviços públicos em atraso, qual é a quantia devida atualmente?

Liste todos os meses anteriores que são devidos (por exemplo, janeiro de 2021, fevereiro de 2021)

Qual é o nome do serviço público? _____

Qual é o número da conta, se souber? _____

Preciso de auxílio com os custos da mudança (por exemplo, aluguel do primeiro/último mês, caução ou custos de mudança).

11. Informações do proprietário (somente locatários)

*Se você estiver procurando assistência para se mudar para um novo local, inclua as informações do seu **novo** locador.*

Nome do locador: _____

Endereço do locador: _____

Idioma preferido: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Informações de contato alternativas: _____

O seu locador reside na propriedade onde aluga o seu imóvel?

Sim

Não

Há alguém que cobra o pagamento do aluguel em nome do seu locador?

Sim

Não

12. Autorização e permissão de divulgação

Você forneceu certas Informações pessoais (nome, endereço, renda, idade etc.) sobre você, seu agregado familiar e/ou o indivíduo para quem enviará este requerimento (coletivamente, “Participante(s)”). Elas serão usadas para determinar a elegibilidade e a necessidade de assistência financeira para os programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT), Emergency Rental Assistance Program (ERAP) (coletivamente, “Assistência para pagamento de habitação de emergência”), além de outros programas que o Massachusetts Department of Housing and Community Development (DHCD) pode administrar e para cumprir com os requisitos federais e estaduais de relatórios e manutenção de registros. As informações também serão utilizadas na gestão do programa habitacional, para proteger o interesse financeiro público e para verificar a sua veracidade. Quando permitido por lei, poderão ser divulgadas para agências governamentais, autoridades locais de habitação pública, agências regionais de habitação sem fins lucrativos, prestadores de serviços e investigadores e promotores civis ou criminais. Também poderão ser usadas para fins de pesquisa e avaliação de programas. Caso contrário, as informações serão mantidas em sigilo e serão utilizadas somente pelos funcionários da Agência Regional no exercício de suas funções.

Para verificar a elegibilidade do programa, a Agência Regional fornecerá informações sobre você e/ou o Participante a outros (agências, incluindo o Executive Office of Labor and Workforce Development, Department of Unemployment Assistance [para seguro-desemprego e outras informações de renda], Department of Revenue, Department of Transitional Assistance, MassHealth e outras agências estaduais, organizações, prestadores de serviços, empregadores, seu locador, o titular da hipoteca ou indivíduos) e para receber informações sobre você dessas entidades. Além disso, pode ser necessário se comunicar ou se corresponder com outros indivíduos sobre essas informações. Ao assinar abaixo, concederá permissão ao DHCD e outras entidades, conforme descrito neste documento, para compartilhar informações sobre você. Se estiver requerendo em nome de outro indivíduo ou indivíduos declara que também tem a autorização dele(s).

Você ou seu representante autorizado tem o direito de verificar e copiar todas as informações coletadas sobre você. Você pode se opor à coleta, manutenção, disseminação, uso, exatidão, integridade ou tipo de informação que a Agência Regional mantém sobre você. Porém, caso se oponha, investigaremos sua objeção e corrigiremos possíveis erros ou incluiremos sua objeção no arquivo.

De acordo com as legislações estaduais de privacidade, os requerentes e participantes do programa podem conceder ou negar sua permissão para compartilhar essas informações pessoais. Entretanto, não permitir que a Agência Regional compartilhe as informações necessárias pode resultar em atraso, inelegibilidade para programas ou cancelamento.

Obrigações do participante

Se o Participante for considerado elegível e receber assistência, ele concorda em:

- Fornecer à Agência Regional todas as informações solicitadas de todas as fontes de todos os membros do agregado familiar, conforme solicitado.

Requerimento para Emergency Housing Payment Assistance

- Permanecer em contato com a Agência Regional, conforme necessário pela Agência Regional, a fim de auxiliar a Agência Regional no rastreamento e relatórios sobre o desempenho do programa.
- Não fazer nada propositalmente que possa prejudicar a situação atual de habitação ou emprego do Participante.
- Não cometer fraude ou fazer declarações falsas em relação aos programas de Emergency Housing Payment Assistance.

Outras obrigações do Participante:

- O Participante concorda que não possui qualquer interesse financeiro na unidade de locação para a qual os fundos 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 a Agência Regional e envidará todos os esforços para garantir que os fundos sejam devolvidos à Agência Regional ou a outro financiado.
- O Participante concorda que todos os termos, condições e disposições deste contrato se aplicam a todos os membros do agregado familiar do Participante.
- O Participante concorda em continuar a fazer pagamentos de habitação não cobertos pelos programas de Emergency Housing Payment Assistance. Não cumprir as obrigações de pagamento de aluguel, serviços públicos ou outras obrigações sem uma causa justificável convincente pode desqualificar o Participante de qualquer benefício adicional de Emergency Housing Payment Assistance.

Ao assinar abaixo, você declara que recebeu a autorização do Participante para requerer em seu nome e que informou o Participante dessas obrigações.

Ao assinar abaixo, você reconhece que está ciente de que este requerimento não é um compromisso de assistência monetária.

Ao assinar abaixo, você atesta, sob as penas e penalidades de perjúrio, que todas as informações fornecidas neste requerimento são verdadeiras, completas e precisas de acordo com o seu conhecimento. Você concorda em fazer o seu melhor para fornecer, mediante solicitação, documentação para apoiar qualquer autocertificação, se utilizada. Você atesta que você, ou o Participante para quem está requerendo, não recebeu ou foi aprovado para fundos de qualquer outra fonte para pagar as mesmas despesas que foram solicitadas acima. Você está ciente de que qualquer declaração falsa ou errônea pode resultar na retirada ou indeferimento deste requerimento ou qualquer outra medida que o Department of Housing and Community Development (“DHCD”) e/ou a Agência Regional possam considerar apropriado, incluindo processo por fraude.

Esta autorização é válida por um período de 10 anos a partir da data de assinatura.

Assinatura do requerente: _____ Data: _____

Lista de verificação de documentos

- Identificação do agregado familiar (exemplos: documento de identidade com foto, licença, certidão de nascimento, passaporte)
- Documentação de habitação atual e residência principal (exemplos: contrato de locação, contrato de locação temporário, documento de hipoteca)
- Documentação de crise habitacional elegível; exemplos incluem, mas **não estão limitados a**:
 - Aviso de atraso e/ou carta do proprietário confirmando a quantia de aluguel devida
 - Intimações judiciais
 - Carta da família anfitriã se for uma habitação compartilhada
 - Conta de serviço público com a quantia em atraso ou aviso de desligamento
- W-9 do beneficiário (proprietário, empresa de mudanças etc.), se aplicável
- Comprovação de propriedade do locador se os fundos forem usados para pagar um locador
- Verificação da quantia devida ou em atraso por quaisquer fundos que forem cobertos

Outro: _____
Outro: _____
Outro: _____
Outro: _____