

Solicitud de asistencia de emergencia para el pago de vivienda

Versión 2022.1

Esta solicitud tiene como objetivo pedir asistencia de emergencia para el pago de vivienda, que incluye el Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler (**ERAP**) y el Programa de Asistencia Residencial para Familias en Transición (**RAFT**). Se le asignará el programa más apropiado para usted según sus necesidades.

Puede enviar esta solicitud impresa a su RAA local. También puede presentar la solicitud de manera fácil y rápida desde una computadora o su teléfono inteligente en www.mass.gov/COVIDHousingHelp.

En la solicitud se le preguntará sobre lo siguiente:

- Sobre su **vivienda actual**, y qué dificultades puede estar atravesando
- Información sobre los **miembros de su hogar**
- Cuánto **dinero** ganan todos los integrantes de su hogar
- Qué tipo de **asistencia** necesita
- La **información de contacto del arrendador**

También deberá presentar la siguiente documentación. Su solicitud se procesará más rápidamente si incluye todos estos documentos.

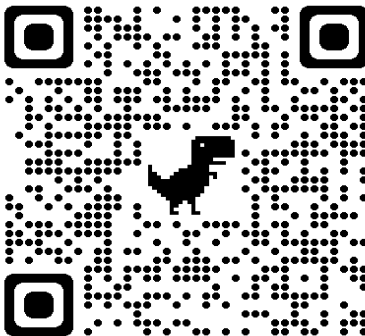
- **Documento de identidad** del jefe de familia
- Evidencia de **crisis de vivienda** (por ejemplo, un aviso de desalojo o una carta donde se indique que está atrasado en el pago del alquiler)
- Evidencia de **habitar una vivienda** (por ejemplo, un contrato de alquiler o una hipoteca)
- Comprobantes de **ingresos** (por ejemplo, recibos de pago)

Después de que envíe la solicitud, un administrador de casos de una **Agencia Administradora Regional (RAA)** se comunicará con usted utilizando la información de contacto que proporcione aquí. Responda sin demoras.

La solicitud de asistencia de emergencia para el pago de vivienda es **gratis**. No debe pagar ninguna tarifa para presentar la solicitud y hay ayuda gratuita disponible para completar las solicitudes. Tenga cuidado con las estafas en las que se cobra una tarifa para ayudarlo a enviar una solicitud.

Si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con su RAA local para obtener asistencia de forma gratuita. La información de contacto de la RAA está en la página siguiente; comuníquese con la RAA que presta servicios en la parte del estado donde vive actualmente o a la que se mudará.

También puede buscar en línea la RAA más cercana; tome una foto de esta imagen con su teléfono:



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

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

1. Información de los miembros del hogar

Nombre del jefe de familia: _____

Idioma de preferencia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información de contacto alternativa: _____

¿Cuál es su dirección actual? _____

¿Cuál es su dirección postal, si es otra? _____

Si se muda, ¿cuál será su nueva dirección? _____

¿Podemos enviarle un mensaje de texto sobre su solicitud al número de teléfono que figura arriba? Se pueden aplicar tarifas de mensajes de texto y datos.

Sí

No

2. Situación de vida actual

Seleccione la declaración que mejor describa su situación de vida.

Inquilino que desea quedarse: alquila su departamento/casa y busca ayuda para quedarse en el mismo lugar.

Por mudarse: debe irse del lugar donde se encuentra actualmente (por ejemplo, personas sin hogar, personas que se alojan temporalmente en la casa de otra persona o personas que viven en condiciones inseguras).

Fondo de asistencia para propietarios

Si es propietario de una casa familiar de 1 a 4 integrantes y tiene problemas para pagar su hipoteca, también puede ser elegible para recibir asistencia hipotecaria según el programa estatal Fondo de Asistencia para Propietarios de Viviendas (HAF), que incluye asistencia para propietarios-ocupantes elegibles de viviendas familiares de 1 a 4 integrantes. Visite <http://www.massmortgagehelp.org> o llame al 2-1-1 para obtener más información y presentar una solicitud.

3. Defensor

¿Es usted un defensor que desea ayudar a un inquilino o cliente a obtener ayuda?

No, estoy solicitando la asistencia para mí. *Continúe en la Sección 4.*

Sí, presento la solicitud en nombre de otra persona. *Se recomienda encarecidamente a los defensores que presenten solicitudes para sus clientes en línea en www.mass.gov/COVIDHousingHelp*

*Complete la siguiente sección **solamente** si es un defensor que presenta una solicitud en nombre de otra persona*

Nombre del defensor: _____

Relación con el solicitante: _____

Preferencia de idioma de la persona para la que está presentando la solicitud: _____

Número de teléfono del defensor: _____

Correo electrónico del defensor: _____

Organización/afiliación del defensor: _____

Confirmación del consentimiento del defensor

- Marque esta casilla para confirmar que tiene su consentimiento para enviar esta solicitud en nombre del solicitante.
- Marque esta casilla para confirmar que tiene consentimiento para comunicarse con respecto a esta solicitud en nombre del cliente.

4. Impacto de la COVID-19

Muchos hogares de Massachusetts se han visto afectados financieramente por la pandemia del COVID-19. Cuéntenos qué problemas ha enfrentado desde el comienzo de la pandemia, en marzo de 2020. Puede marcar más de una opción.

Yo, o alguien de mi hogar...

- Perdí un trabajo
 - Cobré beneficios por desempleo
 - Tuve un ingreso menor al habitual (menor paga, menos horas o menos clientes si es autónomo).
 - Tuve que faltar al trabajo, o dejar de trabajar, o trabajar menos horas debido a una necesidad médica o de salud
 - Tuve que faltar al trabajo, o dejar de trabajar para cuidar a alguien con necesidades médicas o de salud
 - Tuve que faltar al trabajo, o dejar de trabajar o trabajar menos horas porque la escuela o la guardería de mi hijo/a había cerrado, o porque mi hijo/a tenía clases en línea
 - Un compañero de cuarto o miembro de la familia se mudó, dejó de pagar la renta o falleció, dejándome con costos de vivienda más altos
 - Tuve facturas más altas de lo habitual (por ejemplo, facturas médicas, gastos de transporte, gastos de guardería, gastos funerarios, alquiler, servicios públicos, etc.)
 - Tuve un ingreso que fue demasiado bajo para pagar los gastos básicos de la vivienda (por ejemplo: comida, ropa, alquiler, servicios públicos, elementos de limpieza, etc.)
 - Otro problema financiero (por favor, especificar)
-
-

5. Motivo de la solicitud

Use la sección a continuación para resaltar todas y cada una de las necesidades de vivienda que describen su situación actual. (Marque todo lo que corresponda).

Alquilo mi casa y...

- Estoy atrasado con el alquiler.
- Recibí un aviso de desalojo que dice que mi contrato de alquiler terminará si no pago los alquileres atrasados.
- He ido a la corte o tengo una cita en la corte programada para tratar el asunto de mi desalojo.
- Un juez ha dictaminado que debo dejar mi casa.
- Un alguacil u oficial de policía ha entregado documentos judiciales sobre el desalojo.
- No puedo pagar futuros alquileres.

Necesito **mudarme** porque...

- Estoy alojándome temporalmente en una casa o comparto vivienda y ya no puedo quedarme más ahí.
- Actualmente no tengo hogar (p. ej., duermo en un refugio, en un automóvil o al aire libre).
- Perdí mi vivienda debido a un incendio, una inundación o un desastre natural.
- Alguien con quien vivo actualmente me está lastimando a mí o está lastimando a mi familia, amenazando con lastimarme o lastimar a mi familia, o haciendo que nos sentamos inseguros mi familia o yo.

Alquilo mi casa y...

- Estoy atrasado con el pago de los servicios públicos.
 - He recibido un aviso de corte de servicios públicos.
 - Me han cortado los servicios públicos.
 - No puedo activar los servicios públicos en mi nueva unidad.
 - Otro (describa a continuación)
-
-
-

6. Vivienda subsidiada

¿Vive actualmente en una vivienda donde su alquiler aumenta o disminuye cuando sus ingresos aumentan o disminuyen (por ejemplo, un cupón de elección de vivienda (Sección 8) o vive en una vivienda pública)?

- Sí
- No

7. Información de los miembros del hogar

Enumere a continuación todos los miembros de su hogar. Los miembros del hogar incluyen hijos, dependientes, parientes y compañeros de habitación que ayudan a pagar el alquiler que indicó que adeuda en esta solicitud.

Miembro de su hogar	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Etnia	Raza	Número de Seguro Social Si no aplica ninguna opción, escriba "N/A".
Jefe de hogar			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
<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"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
<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"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
<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"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	

Solicitud de asistencia de emergencia para el pago de vivienda

<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"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
<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"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
<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"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	

* Si no tiene un número de Seguro Social, escriba N/A. No tener un número de Seguro Social no afectará la elegibilidad.

8. Ingresos del hogar

Mencione todas las fuentes de ingresos de todos los miembros del hogar. Las fuentes de ingresos pueden incluir, entre otras, salarios, beneficios de desempleo, beneficios del Seguro Social, pensiones, TAFDC, EAEDC, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos del trabajo por cuenta propia y contribuciones o dádivas regulares de personas que no residen en el hogar.

Si su hogar tiene más de seis fuentes de ingresos, adjunte más hojas para incluir todos los ingresos de su hogar.

Nombre	Fuente de ingresos (por ejemplo, trabajo, beneficios del Departamento de Asistencia Transitoria [DTA])	Monto bruto (antes de impuestos)	Frecuencia	Marque esta casilla si un miembro del hogar de 18 años o más no tiene ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):	<input type="checkbox"/> Sin ingresos

Algunas fuentes de ingresos pueden deducirse de sus ingresos brutos para determinar su elegibilidad. Marque si usted o un miembro de su hogar mencionado anteriormente **actualmente pagan** cualquiera de los siguientes gastos:

Nombre	Gasto(s)	Monto(s)	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Manutención infantil, manutención por separación o pensión alimenticia pagada por orden judicial o un acuerdo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o cuidado de un miembro del hogar enfermo o incapacitado <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas para la educación posecundaria relacionada con la profesión (no a tiempo completo)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):
	<input type="checkbox"/> Manutención infantil, manutención por separación o pensión alimenticia pagada por orden judicial o un acuerdo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o cuidado de un miembro del hogar enfermo o incapacitado <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas para la educación posecundaria relacionada con la profesión (no a tiempo completo)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explicar):

9. Empleo

¿Tiene trabajo? Marque una casilla.

- Sí, tengo un trabajo/varios trabajos.
- No, perdí mi(s) trabajo(s) en los últimos 3 meses.
- No, perdí mi(s) trabajo(s) hace más de 3 meses.

10. Solicitud de asistencia

¿Qué tipo de asistencia necesita? Marque todas las opciones que correspondan.

Necesito ayuda con los pagos atrasados del alquiler (“pagos atrasados”).

Si actualmente adeuda pagos (está retrasado con el alquiler), ¿cuánto es lo que adeuda hasta el momento? _____

Enumere todos los meses que adeuda (por ejemplo, enero de 2021, febrero de 2021)

También necesito ayuda para pagar el alquiler en el futuro. Recuerde que ya debe tener pagos atrasados para recibir ayuda en el futuro con el pago del alquiler.

¿De cuánto es el pago mensual actual de su alquiler? _____

Necesito ayuda con los servicios públicos vencidos.

¿Con qué servicio público necesita ayuda?

Gas

Combustible

Electricidad

Otro

Si actualmente adeuda pagos de servicios públicos, ¿cuánto adeuda hasta el momento?

Enumere todos los meses que adeuda (por ejemplo, enero de 2021, febrero de 2021)

¿Cuál es el nombre del/de los servicio(s) público(s)? _____

¿Cuál es el(los) número(s) de cuenta, si lo(s) sabe? _____

Necesito ayuda con los costos de mudanza (por ejemplo, alquiler del primer/ último mes, depósito de seguridad o costos de mudanza).

11. Información del arrendador (solo inquilinos)

*Si está buscando ayuda para mudarse a otra vivienda, incluya la información de su **nuevo** arrendador.*

Nombre del arrendador: _____

Dirección del arrendador: _____

Idioma de preferencia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información de contacto alternativa: _____

¿Su arrendador vive en la propiedad donde alquila su unidad?

Sí

No

¿Una persona se encarga de cobrar los pagos del alquiler en nombre de su arrendador?

Sí

No

12. Autorización y descargo de responsabilidad

Ha proporcionado cierta Información personal (nombre, dirección, ingresos, edad, etc.) sobre usted, los miembros de su hogar o la persona en cuyo nombre presenta la solicitud (colectivamente, los “Participantes”). Dicha información se usará para determinar la elegibilidad y la necesidad de asistencia financiera para el Programa de Asistencia Residencial para Familias en Transición (RAFT) y el Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler (ERAP (en conjunto, “Asistencia de emergencia para el pago de vivienda”), así como otros programas que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Massachusetts (DHCD) pueda administrar, y para cumplir con los requisitos federales y estatales de presentación de informes y conservación de registros. La información también se usa para administrar el programa de vivienda, para proteger el interés financiero público y para verificar la exactitud de la información presentada. Cuando lo permita la ley, la información podrá entregarse a agencias gubernamentales, autoridades locales de vivienda pública, agencias regionales de vivienda sin fines de lucro, proveedores de servicios e investigadores y fiscales civiles o penales. También se puede usar con fines de investigación y evaluación de programas. De lo contrario, la información se conservará de forma confidencial y solo la usará el personal de la Agencia Regional en el desempeño de sus funciones.

Para verificar la elegibilidad del programa, la Agencia Regional proporcionará información sobre usted o el Participante a otras partes (agencias, incluida la Oficina Ejecutiva de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral, el Departamento de Asistencia para el Desempleo [para el seguro de desempleo y otra información sobre ingresos], el Departamento de Hacienda, el Departamento de Asistencia Transicional, MassHealth y otras agencias estatales, organizaciones, proveedores de servicios, empleadores, su arrendador, el titular de su hipoteca u otras personas) y recibirá información sobre usted de esas entidades. Además, puede ser necesario analizar o mantener correspondencia con otras personas con respecto a esta información. Al firmar a continuación, le está dando permiso al DHCD y otras entidades que se describen en este documento para intercambiar información sobre usted. Si presenta la solicitud en nombre de otra persona o personas, también confirma que tiene su consentimiento.

Usted o su representante autorizado tienen derecho a inspeccionar y copiar toda información recopilada sobre usted. Puede oponerse a la recopilación, la conservación, la difusión, el uso, la precisión, la integridad o el tipo de información que la Agencia Regional tiene sobre usted. Si se opone, investigaremos su objeción y corregiremos el problema o incluiremos su objeción en el expediente.

Según las leyes estatales de privacidad, los solicitantes y los participantes del programa pueden dar o negar su permiso para compartir esta información personal. Sin embargo, no permitir que la Agencia Regional comparta la información requerida puede provocar demoras, inelegibilidad para los programas o la terminación de un programa.

Obligaciones de los Participantes

Si el Participante es elegible y recibe asistencia, el Participante acepta lo siguiente:

- Proporcionarle a la Agencia Regional toda la información solicitada de todas las fuentes sobre todos los miembros del hogar, según se exija.
- Permanecer en contacto con la Agencia Regional, según esta lo requiera, para ayudarla con el seguimiento de la ejecución del programa y la presentación de informes relacionados.
- No hacer nada intencionalmente que pueda poner en peligro el estado actual de vivienda o empleo del Participante.
- No cometer fraude ni hacer declaraciones falsas en relación con los programas de Asistencia de emergencia para el pago de vivienda.

Otras obligaciones del Participante:

Solicitud de asistencia de emergencia para el pago de vivienda

- El Participante acepta que no tiene ningún interés financiero en la unidad de alquiler para la que se utilizan los fondos del programa.
- El Participante acepta que si, un financiador o fuente diferentes aprueban los fondos para una misma necesidad, le notificará inmediatamente a la Agencia Regional y hará todo lo posible para garantizar que los fondos se devuelvan a la Agencia Regional o al otro financiador.
- El Participante acepta que todos los términos, las condiciones y las disposiciones de este contrato se aplican a todos los miembros del hogar del Participante.
- El Participante acepta continuar haciendo pagos de la vivienda no cubiertos por los programas de asistencia de emergencia para el pago de vivienda. El incumplimiento de las obligaciones de pago de alquiler, servicios públicos u otras obligaciones sin una causa justificable convincente puede descalificar al Participante de cualquier otra asistencia de emergencia para el pago de vivienda.

Al firmar a continuación, usted ratifica que cuenta con el consentimiento del Participante para presentar una solicitud en su nombre y que ha informado al Participante de estas obligaciones.

Al firmar a continuación, reconoce que comprende que esta solicitud no es un compromiso de asistencia monetaria.

Al firmar a continuación, usted certifica bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, completa y precisa a su leal saber y entender. Usted acepta hacer todo lo posible para proporcionar, previa solicitud, documentación para respaldar cualquier autocertificación, en caso de usarse. Usted certifica que usted, o el Participante en cuyo nombre presenta la solicitud, no ha recibido ni ha sido aprobado para fondos de ninguna otra fuente para pagar los mismos gastos que solicitó anteriormente. Usted comprende que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en la revocación o denegación de esta solicitud o cualquier otra acción que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (“DHCD”) o la Agencia Regional consideren apropiada, incluido el enjuiciamiento por fraude.

Esta autorización es válida por un período de 10 años a partir de la fecha de firma.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Lista de verificación de documentos

- Identificación del jefe de familia (ejemplos: documento de identidad con foto, licencia, partida de nacimiento, pasaporte)
- Documentación de la vivienda actual y la residencia principal (ejemplos, contrato de arrendamiento, contrato de arrendamiento a voluntad, estado de cuenta de la hipoteca)
- Documentación de crisis de vivienda elegible; los ejemplos incluyen, **entre otros**:
 - Aviso de pagos atrasados o carta del propietario confirmando el monto del alquiler impago
 - Citación judicial
 - Carta de la familia anfitriona si vive en una casa compartida
 - Factura de servicios públicos que muestre el monto vencido o aviso de interrupción del servicio
- Formulario W-9 del beneficiario (propietario, empresa de mudanzas, etc.), si corresponde
- Prueba de propiedad para el arrendador si los fondos se usarán para pagarle a un arrendador
- Verificación del monto adeudado para el cual se solicitan los fondos cubiertos

Otro: _____
Otro: _____
Otro: _____
Otro: _____