



Fecha: _____

de Caso: _____

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DEL CORONAVIRUS
PARA LA ASISTENCIA DE VIVIENDA

Responda todas las preguntas en este formulario por completo. Si la pregunta no se aplica en su situación, ingrese Ninguno. Este formulario debe estar impreso claramente. No escriba en las áreas sombreadas de este formulario.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

1. Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

2. Dirección Actual: Calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

3. Numero de Teléfono: Home _____ Cell _____

4. Email: _____

5. ¿Cuántos cuartos tiene su unidad de vivienda? _____

6. Proporcione la siguiente información para usted y todos los miembros de la familia, incluyendo miembros de la familia que están temporalmente fuera de la casa. También enumere a las personas no relacionadas que viven con usted en la pregunta 7.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	¿Esta persona está discapacitada? v	Empleador	Ingreso Mensual de Trabajo Bruto
		PROPIO			\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
				Total	\$

Nota: Adjunte una hoja de papel separada para nombres adicionales.

7. ¿Vive con usted personas no relacionadas? Sí _ No _ En caso afirmativo, enumérelas y registre la cantidad que pagan por el alquiler o las comidas.

Nombre	Cantidad pagado por mes por el alquiler de la habitación	Cantidad pagado por mes por Comida
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
TOTAL	\$	\$

INFORMACION PARA ASISTENCIA

9. Explique brevemente cómo ha sido afectado por el coronavirus y por qué solicita asistencia para el alquiler:

10. Enumere los gastos relacionados con COVID en los que haya incurrido: _____

11. ¿Ha recibido Asistencia de alquiler de emergencia en los últimos 12 meses con este u otro nombre? _____

Si ha usado otro nombre, ¿cuál fue? _____

12. Enumere los meses y la cantidad de renta atrasada que necesita.

Meses: _____ Cantidad _____

13. Apunte el nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía / agencia que necesita pago

Nombre de la Compañía

Dirección de la Compañía

Número de Teléfono de la Compañía

Email de la Compañía

INFORMACION DE INGRESOS

13. Dirección de su empleador: _____ Numero de teléfono: _____

14. ¿Perdió ingresos desde el 13 de marzo de 2020? En caso afirmativo, ¿es elegible para el desempleo?

15. ¿Ha dejado voluntariamente un trabajo o se ha negado a aceptar empleo o capacitación en los últimos 3 meses?

¿Si es así por qué? _____

16. ¿Podemos contactar a sus empleadores para verificar su información de empleo?

¿Si no, porque no? _____

17. ¿Usted o alguno de los miembros de su familia que figuran en el n. ° 6 recibe ingresos de las siguientes fuentes?

En caso afirmativo, proporcione la cantidad mensual total para toda la familia.

Tipo de Ingreso	Si	No	Cantidad Mensual
TANF/GC			\$
IDA			\$
SSI			\$
Seguro social			\$
Beneficios de veteranos			\$
Seguro de desempleo			\$
Compensacion de trabajadores			\$
Subsidio de adopcion			\$
Beneficios por discapacidad			\$
Retiro ferroviario			\$

Tipo de Ingreso	Si	No	Cantidad Mensual
Pensión gubernamental			\$
Pensiones privadas			\$
Beneficios de huelga			\$
Manutención de niños / pensión alimenticia			\$
Asignación militar			\$
Prestamos, Regalos de dinero			\$
Contribuciones de otros			\$
Beneficios de seguro			\$
Otro, incluyendo ganancias de loteria			\$
TOTAL			\$

INFORMACION DE INGRESOS

17. ¿Su hogar recibe cupones de alimentos? En caso afirmativo, indique la cantidad mensual \$ _____
18. ¿Ha recibido pagos de asistencia durante los últimos 90 días? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, indique la cantidad de dinero restante. \$ _____
19. ¿Ha cambiado su ingreso en los últimos 30 días? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, ¿cómo? _____
20. ¿Describió todos los ingresos mensuales de su hogar en las preguntas anteriores? _____
Si no, ¿de qué otras fuentes recibe ingresos? _____
21. ¿Qué cantidad mensual recibe de estas fuentes? \$ _____

INFORMACION SOBRE RECURSOS

22. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar que figuran en el número 5 tiene otros recursos? _____ En caso afirmativo, describa a continuación. Provee la cantidad total para toda la casa.

Tipo de Recurso	Cantidad	Localización/Descripción	Numero de Cuenta o política
Cuenta (s) de ahorro / Cuenta de depósito en garantía	\$		
Cooperativa de crédito / cuenta corriente	\$		
IRA / Distribuciones de pensiones	\$		
Acciones / Bonos / Certificados de Depósito	\$		
Pólizas de seguro (valor en efectivo)	\$		
Propiedad que no sea la casa ocupada por el propietario	\$		
Barco, Camper, Vehículo recreativo	\$		
Otro	\$		
TOTAL	\$		

23. ¿Ha convertido un recurso en efectivo en los últimos 30 días? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, explique.

24. ¿Ha vendido, transferido o intercambiado algún recurso en los últimos 12 meses? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, indique el recurso, su valor, y explique. _____

FIRMAS

Bajo pena de perjurio, declaro que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas. Acepto cooperar con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) y presentar todos los documentos de verificación solicitados o autorizar al Departamento a obtenerlos. Por la presente autorizo a DHCD a entrevistar a todos los demás miembros adultos de mi hogar con respecto a esta solicitud. Además autorizo a DHCD a contactar a un cualquier person según sea necesario con respecto a esta solicitud :

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____

Firma de Esposo/a co-solicitante _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Testigo: _____

Si el solicitante recibió asistencia para completar esta solicitud, la persona que lo asistió debe firmar a continuación:

Nombre: _____ Dirección: _____ Tel: _____

Firma del trabajador en la fecha de la solicitud completada _____

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____