

**HOUSING COUNSELING SERVICES, INC.**  
**INFORMACION E INTERACCION DE SEMINARIO**

*La información solicitada es requerida por nuestros proveedores de fondos y no será pública*  
*¡Por favor entrega este documento antes de irse!*

Nombre(s) de jefe(s) de familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ NW NE SE SW

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Distrito Electoral (Ward) \_\_\_\_\_

Condado (si no es DC) \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de nacimiento de jefe(s) de familia 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Género de jefe(s) de familia \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ Otro

Tamaño de Familia \_\_\_\_\_ Ingreso Anual familiar: \$ \_\_\_\_\_ Ahorros: \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene niños de 6 años o menos que viven o visitan su vivienda frecuentemente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Origen étnico: ¿Usted es Latino/Hispano? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Raza: Por favor, escoge uno:

\_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Negro/Afro-Americano \_\_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_\_ Indio Americano \_\_\_\_\_ Hawaiano/Islands Pacificas

\_\_\_\_\_ Indio Americano y Blanco \_\_\_\_\_ Asiático y Blanco \_\_\_\_\_ Afro-Americano y Blanco \_\_\_\_\_ Indio Americano y Negro

\_\_\_\_\_ Otro Múltiple Raza

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a

¿Tiene Discapacidad? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Cuál es su idioma primordial? \_\_\_\_\_ ¿Necesita interprete? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Su situación de vivienda actual (*cheque la que aplique*): \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_ Inquilino \_\_\_\_\_ Desamparado \_\_\_\_\_ Otro

¿Como se entero de los servicios de HCS? \_\_\_\_\_

¿Ha sido cliente de HCS anteriormente? Sí No ¿Si contestó "sí", quién fue su consejero/a? \_\_\_\_\_

¿Es esto una emergencia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Si es una emergencia, cuál es la emergencia (desalojo, ejecución hipotecaria, otra) \_\_\_\_\_

Fecha de las medidas de urgencia esperada \_\_\_\_\_

¿En los últimos 12 meses, ha aplicado por una de estos programas? \_\_\_\_\_ ERAP \_\_\_\_\_ HPRP \_\_\_\_\_ MHAP \_\_\_\_\_ Ninguno.

¿En caso afirmativo, cuando? \_\_\_\_\_

¿Hay veteranos en su hogar? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Hay empleados del gobierno de distrito en su vivienda? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Trabaja usted en granja? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Usted cree que ha sido víctima de fraude hipotecario o discriminación de vivienda? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No



**GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA  
DEPARTMENT OF HOUSING & COMMUNITY DEVELOPMENT**

A - E

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			\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
				<b>Total</b>	\$

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
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$	\$

**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			\$
<b>TOTAL</b>			\$

**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	\$		
<b>TOTAL</b>	\$		

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: \_\_\_\_\_