

Solicitud para Asistencia para Emergencias de Alquiler



Si necesita ayuda, póngase en contacto con: info@lebanoncountyrenthelp.com o llame al 717- 273-9328.

Entregue este formulario relleno a: Community Action Partnership, 503 Oak Street, Lebanon, PA 17042.

Los campos marcados con * son obligatorios.

1. ¿Quién aplica?* Inquilino Dueño/propietario (por parte del inquilino)
2. Favor de indicar cómo se identifica:* Amerindio o indígena de Alaska Negro o Afroamericano
 Indígena de Hawaii u otra Isla del Pacífico Asiático Blanco Prefiero no contestar
3. ¿Eres hispano o latino?* Sí No Prefiero no contestar
4. Favor de indicar cómo se identifica * Hombre Mujer Prefiero no contestar
5. Nombre y apellidos del solicitante* _____
6. Nombres adicionales en el contrato del alquiler _____

7. Fecha de nacimiento* _____
8. Tengo número de Seguro social:* Sí Número de seguro social _____ No
9. Email* _____ Teléfono* _____
10. Método de contacto preferido* Teléfono Email Ambas opciones
11. Dirección de domicilio alquilado: * Calle y número del domicilio _____ Piso o # de unidad/cuarto _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
12. Dirección postal (si es diferente) _____ Piso o # de unidad/cuarto _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

DATOS DEL HOGAR DEL INQUILINO

13. Cabeza de familia* (Nombre y apellido) _____
14. Ingresos anuales del hogar* _____
15. Número de ADULTOS que viven en el hogar* _____
16. Número de NIÑOS (menores de 17 años) que viven en el hogar* _____
17. Una o más personas adultas de mi hogar se ha encontrado en situación de desempleo durante por lo menos 90 días desde el 13 de marzo del 2020* Sí No

18. Tamaño de la unidad alquilada* (número de dormitorios) _____
19. Costo del alquiler* (por mes) _____
20. ¿Se incluyen los servicios públicos en el precio del alquiler?* Sí No
21. Si NO, ¿cuáles servicios públicos tiene que pagar Ud.? (incluye el nombre de la compañía y el pago mensual)
- Agua _____ Combustible para calefacción _____
- Basura _____ Alcantarillado _____
- Electricidad _____ Gas _____
- Otro _____
22. ¿En cuáles meses está atrasado el pago de la renta? (mes y año) _____
- _____
23. ¿En cuáles meses está atrasado con el pago de los servicios públicos? (mes y año) _____
- _____
24. Suma total adeudada de alquiler/renta: _____
25. Suma total de cuentas vencidas de servicios públicos: _____

INFORMACIÓN DEL DUEÑO/PROPIETARIO

26. Nombre y apellido del dueño* _____
27. Número de teléfono del dueño* _____ Número de ID fiscal o número de seguro social _____
28. Dirección del dueño* Calle y número _____ Piso o # de unidad/cuarto _____
- Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

OTRA INFORMACIÓN NECESARIA

Favor de incluir los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos del 2020 (formulario 1040) o talonarios de pago para los 30 días más recientes o comprobante de compensación por desempleo.
- Constancia del dueño o proveedor de servicios que demuestra la suma total adeudada para cada mes del cual se solicita el subsidio.
- Constancia de domicilio/residencia, si no aparece en otro documento requisito.
- Copia de identificación (identificación con foto emitida por el gobierno, licencia, pasaporte, acta de nacimiento, etc.)
- Formulario W9 del dueño

29. Por favor, explíquenos cómo le ha afectado económicamente, de manera que perjudica la capacidad del hogar para alcanzar los costos del domicilio alquilado. *Se debe seleccionar por lo menos una de estas opciones:*

- Pérdida de trabajo Reducción de sueldo Aumento en servicios públicos
- Reducción de horas de trabajo Aumento en cuidado infantil Cuidar a un familiar enfermo
- Otro impacto (describe a continuación)

Si hay otro impacto, descríbalo aquí: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico y doy fe de que mi hogar ha experimentado una reducción de ingresos, incurrido costes significativos, o experimentado otras dificultades económicas debido directa o indirectamente al COVID – 19, que perjudica la capacidad de la familia para pagar los costos de la vivienda alquilada y/o de los servicios públicos a su vencimiento y/o tienen derecho a recibir prestaciones por desempleo.

Estoy de acuerdo*

Doy fe de que mi hogar no ha recibido ninguna otra asistencia para el alquiler o para los servicios durante el mismo periodo en el cual yo solicito fondos del Programa de Asistencia para Emergencias del Alquiler del Condado de Lebanon. Si se determina que los fondos se han duplicado (han sido solicitados por diferentes personas y repartidos al mismo hogar), yo soy responsable de reembolsar al Condado de Lebanon la cantidad total otorgada.

Estoy de acuerdo *

Estando sujeto y sometido a penalización y las sanciones de ley, doy fe de que toda la información provista con esta solicitud es verdadera, correcta y completa conforme a mi leal saber y entender.

Estoy de acuerdo *

Entiendo que mi número de Seguro social, provisto aquí, será usado en la administración de este programa.

Estoy de acuerdo *

Doy permiso a este programa, sus socios administrativos y los utilidades para compartir la información contenida en esta solicitud con el único propósito de cumplir el presente programa.

Estoy de acuerdo *

Declaro que la información expuesta y establecida aquí es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento, información y creencia, y que dicha declaración está sujeta a las sanciones de 18 Pa.C.S. § 4904 (relacionado con declaraciones no juradas a las autoridades). **Estoy de acuerdo ***

FAVOR DE ESCRIBIR SU NOMBRE EN MAYÚSCULAS Y FIRMAR ABAJO:

NOMBRE Y APELLIDO: (en letra de molde/mayúsculas) _____

Firma: _____ Fecha: _____