



# Ciudad de Goshen CDBG-CV

## Programa de asistencia de renta a corto plazo

### Aplicación para el programa

**Solicitante:**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de 2do nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

# Tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 2do # Tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Tamaño de unidad (# recámaras) \_\_\_\_\_

- |                                 |                             |   |
|---------------------------------|-----------------------------|---|
| ¿Dentro de la Ciudad?           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No *Debe contestar "Sí" para aplicar |
| ¿Alquila?                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No *Debe contestar "Sí" para aplicar |
| ¿Su renta es basada en ingreso? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No *Debe contestar "No" para aplicar |
| ¿Vive en casa móvil?            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No *Debe contestar "No" para aplicar |

**COVID-19:**

Para calificar para la asistencia, al menos 1 miembro de su hogar debe haber sido afectado directamente por la pandemia de COVID-19 de una manera que haya resultado en dificultades financieras. Se requiere documentación que demuestre que la pandemia ha afectado negativamente los ingresos de su hogar. Si usted, o alguien en su hogar, tiene o está experimentando dificultades financieras debido a la pandemia de COVID-19 pero no está seguro de qué tipo de documentación se necesita para la verificación, solicite ayuda al personal antes de su cita programada.

¿Usted o alguien de su hogar se ha visto afectado directamente por el COVID-19 que ha provocado las dificultades económicas actuales del hogar?  Sí  No

En caso afirmativo, describa brevemente cómo se ha visto afectado el hogar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Asistencia solicitada:** \* Se aplican cantidades máximas de asistencia.

Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ [Se requiere contrato de arrendamiento actual, firmado]

Número de meses vencidos y qué meses (máximo 3 meses consecutivos)

\_\_\_\_\_

\* Debe ser un monto vencido. No se paga alquiler para el futuro.

¿Cuál es el monto de su alquiler mensual? \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador e información de contacto completa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Composición del Hogar:**

Enumere CADA miembro de su hogar, incluyéndose a sí mismx. Incluya la relación que tiene con cada miembro del hogar.

Nombre complete del miembro de familia	Relación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo (masc./fem./ no-binario)	*Etnia [No Hispanx or Latinx; Hispanx or Latinx; No respuesta]	*Raza [Blanco; Afro-Americanx; Asiáticx; Nativx; Multi-Racial; Otro – por favor especifique]
	Jefe de hogar					

\*Indica información requerida por Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos para propósitos de reportes estadísticos.

¿Algún miembro del hogar tiene una discapacidad grave? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique qué miembros del hogar tienen discapacidades graves y su discapacidad:

---



---

**Información financiera:**

Enumere el monto y la fuente de ingresos mensuales promedio brutos de CADA miembro del hogar. Se requiere verificación independiente y/o de la fuente para todos los ingresos mensuales regulares.

				Para uso de la oficina:	
Miembro	Cantidad	Frecuencia [Semanal; Quincenal; Mensual]	Fuente [Trabajo, SSI/SSDI, manutención de los hijos, TANF, Desempleo, otro beneficio–especifique]	Documentation Provided?	Annual Amount:

Para uso de la oficina: Total household Annual Income: \$ \_\_\_\_\_ % AMI Range (must not be greater than 80%) \_\_\_\_\_

*Assets:*

**Bank Accounts**

- Checking       Savings       Other (e.g. IRA, trust, certificates of deposit)

Bank Name, Address & Phone \_\_\_\_\_

*Información del empleador:*

**Trabajo 1:**

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono \_\_\_\_\_

Persona de contacto y cargo \_\_\_\_\_

Salario por hora \$ \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

**Trabajo 2 \*** (si corresponde o para otra persona en el hogar mayor de 18 años):

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono \_\_\_\_\_

Persona de contacto y cargo \_\_\_\_\_

Salario por hora \$ \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

\* Adjunte formularios adicionales si hay más de dos empleadores aplicables a este hogar.

Describa brevemente el plan para mejorar la situación financiera de su hogar en caso de que se otorgue asistencia.

---

---

---

**Duplicación de beneficios:**

¿Ha recibido usted, o algún miembro de su hogar, asistencia para el alquiler y/o servicios públicos en los últimos 12 meses de alguna otra agencia? En caso afirmativo, ¿dónde, cuándo y cuánto se proporcionó?

Agencia	Tipo de asistencia	Cuando	Cantidad proporcionada
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### **Consentimiento para servicios, pólizas y autorización para divulgar información:**

La información anterior es verdadera y completa a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/nosotros entendemos que falsificar cualquier información o no revelar información pertinente con respecto a mi/la elegibilidad de este hogar para recibir ayuda, yo/nosotros perdemos mi/nuestra elegibilidad para este programa. Esto incluye, pero no se limita a, no revelar los ingresos regulares o recibir un beneficio duplicado de otra fuente por el mismo gasto.

Al firmar y enviar esta solicitud y elegir seguir adelante con el establecimiento de la elegibilidad para este programa, yo/el hogar consiente y autorizo al personal del programa a verificar la información anterior a través de comunicación escrita, electrónica y/u oral con mi/nuestro propietario, compañía de servicios públicos, empleador y/u otra agencia de servicios sociales externa que brinde asistencia de emergencia. La comunicación se limitará a los propósitos de establecer la elegibilidad para el alquiler y/o asistencia de servicios públicos a través de este programa y garantizar que no se haya producido una duplicación de servicios y fondos. Con la excepción de la comunicación con las partes correspondientes como se describe anteriormente, la información de identificación específica y la información financiera personal se mantendrá confidencial. HUD requiere información demográfica básica como origen étnico, raza y nivel de ingresos para todos los beneficiarios, pero, de lo contrario, no se divulgará información personal.

Yo/Nosotros entendemos que la participación en este programa es voluntaria y está sujeta a los criterios de elegibilidad y a proporcionar la documentación de verificación requerida. No se otorgará asistencia sin que se cumplan todos los requisitos. Yo/Nosotros entendemos que yo/los miembros del hogar enumerados solo podemos solicitar asistencia por hasta 3 meses de calendario consecutivos durante la vida del programa o la cantidad máxima equivalente a 3 meses de asistencia. La asistencia se proporciona por orden de llegada, solo con cita previa hasta que se gasten los fondos del programa. Yo/nosotros entendemos y estamos de acuerdo en informar cualquier cambio en mis/nuestras circunstancias, financieras o de otro tipo, durante nuestro período de elegibilidad. No informar los cambios en el hogar puede resultar en la descalificación del programa y el reembolso de los fondos dispersos. Además, yo/nosotros entendemos y consentimos a las pólizas y procedimientos del programa. La solicitud debe completarse en el momento de mi/nuestra cita, y toda la documentación de verificación debe enviarse en ese momento. Si faltan una o más piezas de la documentación requerida, pero por lo demás demuestran los mejores esfuerzos para participar y proporcionar la información necesaria, tendré/tendremos un (1) día hábil después de la cita programada para presentar la documentación requerida restante. Si la documentación requerida no se envía dentro de un día hábil, mi/nuestra solicitud no será procesada. Una vez que se hayan cumplido todos los requisitos, la verificación de la elegibilidad y el procesamiento de la solicitud puede demorar hasta dos (2) días hábiles después de la cita programada y de 14 a 21 días para que el pago se envíe a los propietarios y/o la compañía de servicios públicos. Es mi/nuestra total responsabilidad obtener y enviar una solicitud completa y toda la documentación de verificación requerida. El Especialista en Desarrollo Comunitario o la Ciudad de Goshen no es responsable por solicitudes incompletas, documentación de verificación insuficiente o aquellas que no cumplen con los criterios de elegibilidad. Este programa no discrimina ni debe discriminar por motivos de raza, color, religión (credo), género, expresión de género, apariencia física, edad, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, estado civil, condición de veterano, afiliación política, discapacidad, o composición del hogar.

Jefe de hogar/solicitante principal:

---

Firma

Nombre impreso

Fecha

**Miembros del hogar adicionales:** (mayores de 18 años de edad)

---

**Firma**

**Nombre impreso**

**Fecha**

---

**Firma**

**Nombre impreso**

**Fecha**

---

**Firma**

**Nombre impreso**

**Fecha**

---

**Firma**

**Nombre impreso**

**Fecha**

---

**Firma**

**Nombre impreso**

**Fecha**

