

# COVID-19 CARES LEY FINANCIACIÓN ALQUILER Y ASISTENCIA DE SERVICIOS

## ¿Soy elegible para solicitar esta asistencia?

¿Resides dentro de los límites de la ciudad de Beaumont? Si o no; en caso afirmativo, continúe con la siguiente pregunta >

¿Estaba empleado antes del 1 de marzo? Si o no; en caso afirmativo, continúe con la siguiente pregunta >

¿Fue despedido, despedido o despedido debido a la pandemia de COVID? Si o no; Si su respuesta es Sí, continúe con la siguiente pregunta >

¿Estás buscando ayuda con Rent / Utilities o ambos? Encierra en un círculo tu elección y luego continúa con la siguiente pregunta >

¿Su alquiler está actualmente subsidiado con fondos federales? (Cupón de elección de vivienda (Sección 8), Cupón de unificación familiar, Vivienda de apoyo para asuntos de veteranos (VASH), Cupón general, Sección 8 basada en proyectos, Asistencia de alquiler basada en proyectos o Cupones de vivienda pública, etc.)

**Si respondió Sí a la pregunta anterior sobre vivienda subsidiada, entonces no es elegible para solicitar asistencia.**

Si respondió **No** a esta pregunta, continúe >

¿Su ingreso familiar excede el ochenta por ciento (80%) de los límites de ingresos familiares medios del área 2020 para el área de Beaumont? Revise la tabla de ingresos a continuación ... Si su ingreso figura en una de estas categorías según el número de miembros del hogar, usted es elegible para presentar una solicitud.

**Límites de ingresos de HUD 2020**

	<b>1 PERSONA</b>	<b>2 PERSONAS</b>	<b>3 PERSONAS</b>	<b>4 PERSONAS</b>	<b>5 PERSONAS</b>	<b>6 PERSONAS</b>	<b>7 PERSONAS</b>	<b>8 PERSONAS</b>
30% de la mediana	\$ 14,200	\$ 16,200	\$ 18,250	\$ 20,250	\$ 21,900	\$ 23,500	\$ 25,150	\$ 26,750
50% de la mediana	\$ 23,650	\$ 27,000	\$ 30,400	\$ 33,750	\$ 36,450	\$ 39,150	\$ 41,850	\$ 44,550
60% de la mediana	\$ 28,380	\$ 32,400	\$ 36,480	\$ 40,500	\$ 43,740	\$ 46,980	\$ 50,220	\$ 53,460
80% de la mediana	\$ 37,800	\$ 43,200	\$ 48,600	\$ 54,000	\$ 58,350	\$ 62,650	\$ 67,000	\$ 71,300

*Efectivo el 7/1/2020; Los límites de ingresos son publicados anualmente por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU.*

**La solicitud de asistencia no garantiza que recibirá asistencia.**

## **INFORMACIÓN QUE DEBE SABER ANTES DE APLICAR:**

Los fondos federales no se pueden usar para pagar ninguna propiedad que se encuentre en la vía de inundación. Esto será verificado por nuestro personal de oficina, al comienzo de este proceso.

Si se aprueba la financiación, puede recibir hasta tres (3) meses de asistencia. El monto máximo que se otorgará a un solicitante por sus facturas será de \$3,000.00.

**Su renta y servicios públicos no pueden ser morosos antes del 1 de marzo.** El pago para los meses de abril, mayo y junio de 2020 se pagará si es necesario. **Si recibe asistencia, tenga en cuenta que no será elegible para recibir asistencia adicional a menos que HUD ponga a disposición fondos futuros.**

**Todas** la documentación solicitada se debe proporcionar al momento de la solicitud (se adjunta una lista de los documentos necesarios). **Una solicitud incompleta y los documentos faltantes serán devueltos al solicitante.**

Una vez que tenga todos los documentos necesarios y una solicitud completa, llame a Some Other Place / Henry's Place al (409)832-7976 o Habitat for Humanity al (409)832-5853 para hacer una cita para una entrevista en persona.

Some Other Place / Henry's Place o Habitat for Humanity le enviarán un formulario para solicitar información de verificación de alquiler a su arrendador por el alquiler adeudado. Este formulario debe ser firmado y devuelto por el propietario a la agencia que solicita la información. La cantidad mensual de alquiler que figura en su contrato de arrendamiento firmado y fechado debe coincidir con el formulario completado por el propietario. La única diferencia debería ser si se hubieran evaluado los cargos por mora, y deberían estar claramente establecidos en el formulario.

Al recibir la verificación del propietario, su solicitud aprobada y la revisión ambiental completa, se procesarán los pagos.

**Todas** los pagos de la renta se harán al arrendador y los pagos de los servicios públicos a las compañías de servicios públicos. **El solicitante no recibirá ningún fondo directo de acuerdo con las pautas de HUD para este programa.**

**Este formulario debe adjuntarse a su solicitud para fines de verificación.**

Firme y feche este formulario si está de acuerdo con todo lo que se ha indicado. El hecho de no enviar información verdadera y precisa nos obligará a denegar su solicitud.

---

Nombre del solicitante

---

Fecha

# Departamento de Desarrollo Comunitario y Servicios de Vivienda

## COVID-19 DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA ASISTENCIA

---

### Documentos requeridos para ser incluidos con la solicitud de asistencia

1) **Identificación para todos los adultos en el hogar**

Identificación aceptable para adultos en el hogar:

- Tarjeta de identificación emitida por el estado; O
- Tarjeta de seguro Social; O
- Declaración de impuestos con todos los miembros del hogar enumerados

2) **Prueba de dificultad**

Documentos de prueba de dificultades aceptables:

- Carta de desempleo; O
- Carta Furloughed; O
- Talones de cheques que indiquen la disminución de horas o pago; O
- Declaración personal de dificultades

3) **Prueba de ingreso**

Documentos de prueba de ingresos aceptables:

- Talones de cheques; O
- Carta de beneficios de SNAP; O
- Historial de pagos del empleador
- Formulario de autodeclaración para todos los miembros adultos del hogar si no informa ingresos

4) **Prueba de tamaño del hogar**

Prueba aceptable de documentos del tamaño del hogar:

- Declaración de impuestos con todos los miembros del hogar enumerados; O
- Carta de adjudicación de SSI; O
- Declaración de beneficios de SNAP; O
- Declaración de Medicaid; O
- Certificados de nacimiento para todos los miembros del hogar: O
- Tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar

5) **Prueba de residencia**

- Copia firmada / fechada del contrato de arrendamiento actual

6) **Otros documentos necesarios**

Copia del contrato de arrendamiento actual (firmado y fechado por el propietario y el inquilino)

Copia de facturas de servicios públicos

\*\*\* Si tiene alguno de los siguientes documentos, inclúyalos con su solicitud

- Aviso para desalojar
- Desalojo judicial



**SOLICITUD DE ALQUILER DE EMERGENCIA  
Y / O ASISTENCIA DE UTILIDAD**

ASISTENCIA SOLICITADA:    Alquilar \_\_\_\_\_    Utilidad \_\_\_\_\_    Ambos \_\_\_\_\_

(1) NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

(2) NOMBRE DEL CO-SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (1): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (2): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO (1): \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO (2): \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

***LISTE TODOS LOS MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR A CONTINUACIÓN:***

NOMBRE	Fecha de nacimiento	RELACIÓN	CARRERA	Hispano Latino S o N	INGRESOS S o N	FUENTE DE INGRESO

Race eligió el más apropiado  
(Indio americano o nativo de Alaska; asiático; nativo de Hawai u otras islas del Pacífico; negro o afroamericano; blanco)

**EMPLEO:**

EMPLEADOR DEL SOLICITANTE (ACTUAL)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

AÑOS EMPLEADOS: \_\_\_\_\_ POSICIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

\_\_\_\_\_

Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica al solicitante:

\_\_\_ He experimentado una reducción en el salario como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He sido suspendido como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He sido despedido como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He sido despedido de mi trabajo como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EMPLEO:**

EMPLEADOR DEL CO-SOLICITANTE (ACTUAL)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

AÑOS EMPLEADOS: \_\_\_\_\_ POSICIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica al solicitante:

\_\_\_ He experimentado una reducción en el salario como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He sido suspendido como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He sido despedido como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ He sido despedido de mi trabajo como resultado del virus COVID19  
Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INGRESOS DEL HOGAR:**

Indique una cantidad y si se le paga semanalmente (2), quincenal (BW), quincenal (BM), mensual (M) o anual (A).

FUENTE	\$ CANTIDAD	SOLICITANTE	CO-SOLICITANTE	OTROS MIEMBROS MAYORES DE 18 AÑOS
Salario bruto (antes de deducciones)				
Horas extras, propinas, bonos, etc.				
Discapacidad				
Pensiones, beneficios para veteranos, etc.				
Desempleo / Compensación de Trabajadores				
Pensión alimenticia, manutención infantil				
Pagos de bienestar (TANF, ayuda a familias con hijos dependientes, etc.)				
Otro				
TOTALES				

¿Está usted o el cosolicitante en una lista de espera para recibir ayuda de otra agencia?    Sí    No

**Si ha respondido que sí, indique la agencia y describa la asistencia solicitada:**

---

---

---

---

**Advertencia: No proporcionar toda la documentación requerida retrasará la asistencia y puede resultar en la denegación de asistencia.**

La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Yo / Nosotros consentimos en la divulgación de dicha información con el propósito de verificar ingresos relacionados con mi / nuestra solicitud de asistencia financiera. Yo / nosotros entendemos que cualquier incorrección intencional de un hecho material será motivo de descalificación. Yo / nosotros entendemos que la información provista es necesaria para determinar la elegibilidad y de ninguna manera asegura la calificación para recibir asistencia. Yo / Nosotros también aceptamos proporcionar cualquier otra documentación necesaria para verificar mi / nuestra elegibilidad.

Yo / Nosotros somos conscientes de que toda la información no exenta está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Texas.

---

Firma del solicitante / Fecha

---

Firma del cosolicitante / Fecha



# PÁGINA DE CERTIFICACIÓN

Es nuestra política verificar toda la información contenida en esta solicitud. En reconocimiento de esta política, firme su nombre (s) donde se indique.

Yo / Nosotros certificamos lo siguiente:

Toda la información contenida y presentada en apoyo de esta aplicación es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Yo / nosotros somos conscientes de que cualquier tergiversación resultará en la pérdida de mi / nuestro derecho a participar en el Programa de asistencia de alquiler basado en inquilinos de la Ciudad de Beaumont y puede dar lugar a acciones legales contra mí / nosotros.

**Consentimiento para divulgar información:** Yo / Nosotros autorizamos a representantes de cualquiera de los Programas de Asistencia de Alquiler Basados en Inquilinos de la Ciudad de Beaumont que yo / Nosotros hemos solicitado, mi / nuestro empleador (es), mi / nuestra institución (es) financiera (s), para verificar la información contenida en esta solicitud . Esta información incluye, pero no se limita a la situación laboral, los ingresos y otra información financiera. También autorizo a representantes de cualquiera de los programas de asistencia de alquiler basados en inquilinos de la Ciudad de Beaumont para permitir la inspección y reproducción de cualquier registro financiero o información en su poder. Yo / nosotros entendemos que la información en esta solicitud puede compartirse con cualquiera de nuestras fuentes de financiamiento con el propósito de cumplir con el cumplimiento de financiamiento.

Yo / Nosotros liberamos a todos los representantes de cualquiera de los Programas de Asistencia de Alquiler Basados en Inquilinos de la Ciudad de Beaumont de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de dicha información. Esta autorización se limita únicamente a la información solicitada para el procesamiento de mi solicitud para el programa TBRA.

Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que mi / nuestra elegibilidad para el programa sea otorgada para asistencia.

---

Firma del solicitante / Fecha

---

Firma del cosolicitante / Fecha

**Planificación y desarrollo comunitario**  
**Subvención de desarrollo comunitario en bloque (CDBG-CV)**

**AUTO CERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO**

**INSTRUCCIONES:** esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el "Ingreso anual (bruto)", el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar (según corresponda según la actividad) y las características relevantes de cada miembro para el propósito de determinación de ingresos. Para completar esta declaración, seleccione la definición de ingresos utilizada, complete los campos en blanco a continuación y marque solo las casillas que se aplican a cada miembro. Los miembros beneficiarios adultos deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación fuente se proporcionará a pedido.

**Definición de Ingresos**

<input type="radio"/> HUD 24 CFR Parte 5	<input type="radio"/> Formulario 1040 del IRS	<input type="radio"/> Encuesta de la comunidad americana
--	---	--

**información de beneficiario**

Last Nombre:	siene Identificación oficial (si corresponde):
--------------	--

**Información de miembro**

Nombre de pila:	ID de miembro (si	HH	CH	reES	62+	S≥18	<18	<15
	1							
	2							
	3							
	4 4							
	5 5							
	6 6							

HH= Jefe de hogar; CH = Co-Jefe de Hogar; DIS = Persona con discapacidad; 62+ = Persona de 62 años de edad o mayor; S≥18 = Estudiante de tiempo completo de 18 años o más; <18 = Niño menor de 18 años; <15 = Menor menor de 15 años

**Información del contacto**

Dirección Línea 1:	Ciudad:
Dirección Línea 2:	Estado: Código postal:

**Informacion de ingresos**

Ingreso bruto anual (total de todos los miembros) = \$\_\_\_\_\_

**Certificación**

yo/ certificamos que esta información es completa y precisa. Acepto / aceptamos proporcionar, previa solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al concesionario / administrador del programa de HUD.

**FIRMAS COMPLETAS EN LA SEGUNDA PÁGINA**

**Planificación y desarrollo comunitario**  
**Subvención de desarrollo comunitario en bloque (CDBG-CV)**

**AUTO CERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO**

Impreso en:

Fecha de vigencia:

Identificación del beneficiario:

<b>HEAD DE HOGAR</b>		
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>

<b>OTROS ADULTOS BENEFICIARIOS *</b>		
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>
<b>Firma</b>	<b>Nombre impreso</b>	<b>Date</b>

\* Adjunte otra copia de esta página si se requieren líneas de firma adicionales.

**ADVERTENCIA:** La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por hacer una declaración falsa o fraudulenta a sabiendas y voluntariamente. a un departamento del gobierno de los Estados Unidos.

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ALQUILER**  
**Divulgación de información del propietario**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección de alquiler: \_\_\_\_\_

Yo, el solicitante mencionado anteriormente, por la presente le doy a \_\_\_\_\_ (Algún otro lugar / Lugar de Henry o Hábitat para la Humanidad) permiso para comunicarme con mi propietario actual o administrador de la propiedad con el fin de discutir todos y cada uno de los hechos y circunstancias de mi arrendamiento actual, así como la otra información que figura en mi solicitud sin limitaciones ni restricciones con respecto a lo que se puede discutir o revelarles. Proporcione la información solicitada a continuación lo antes posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La siguiente información servirá como verificación de la renta.**

---

Información del propietario:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la propiedad (nombre de los apartamentos)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del propietario

\_\_\_\_\_  
teléfono de contacto

\_\_\_\_\_  
Número de fax

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario

\_\_\_\_\_  
Identificación federal de SSI

\_\_\_\_\_  
Fecha verificada

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico del propietario

---

Información de alquiler del solicitante:

\$ \_\_\_\_\_  
Alquiler mensual según lo establecido en el contrato de arrendamiento

\$ \_\_\_\_\_  
Monto adeudado

\$ \_\_\_\_\_  
Amt. de interés /  
recargos incluidos

¿Alguno de estos está incluido en el monto del alquiler?

Eléctrico	\$ _____
Agua	\$ _____
Gas	\$ _____

Como propietario o gerente, certifico que toda la información que figura en este formulario es verdadera y correcta como se describe anteriormente y se utilizará como documentación para proporcionar el pago del alquiler de este solicitante.

**\* DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO CON UN FORMULARIO W-9 PARA QUE SE PUEDA HACER EL PAGO \***