



STATE OF CONNECTICUT  
DEPARTMENT OF HOUSING



**Pago de Asistencia Temporal para Alquileres de Vivienda  
(TRHAP- por sus siglas en inglés)  
Solicitud de Asistencia para INQUILINOS**

Querido Solicitante:

Su vivienda ha sido pre-aprobada para fondos de asistencia de renta a través del programa THRAP. Para continuar con este proceso, usted debe completar la solicitud adjunta de THRAP y reunir documentos de verificación para presentar a la Agencia de Asesoría de Vivienda que está detallada en su Carta de Pre-Aprobación de THRAP. Es importante que usted entienda todo el procedimiento de la solicitud y los documentos adjuntos. Por lo tanto, si usted necesita asistencia completando esta solicitud, por favor contacte a la Agencia de Asesoría de Vivienda.

Además de la solicitud completada, usted necesitará verificación de la información presentada. Los factores que se verificarán incluyen:

1. Identidad del Jefe de Hogar
2. Número de Seguro Social o un número equivalente del Jefe de Hogar
3. Ingreso del Hogar en el Año Calendario 2019
4. El ingreso más bajo por 30 días consecutivos en los meses de marzo, abril y mayo del 2020
5. Impacto del COVID-19 en el solicitante en la habilidad de pagar su renta completa en o después del 1 de marzo del 2020 (por ej. pérdida de trabajo, permiso, despido, reducción en las horas o salario, otras razones que resultaron en la pérdida o reducción de ingresos, etc.)
6. Compromiso de Renta (costo mensual del alquiler)
7. Si el solicitante está al día en la renta (por ej. el solicitante ha pagado su renta en su totalidad, o el solicitante tiene un plan de pagos con el dueño de la propiedad por toda la renta atrasada, sin contar la asistencia anticipada de THRAP).
8. Denegación de Desempleo o Asistencia de Desempleo por la pandemia, si aplica.

**Más abajo, usted encontrará una breve descripción de los documentos adjuntos a esta solicitud.**

Formas Aceptables de Verificación: Estos documentos sirven como una guía para ayudarle a entender los tipos de documentos aceptables para verificar los factores de elegibilidad. El Asesor de Vivienda asignado a su aplicación estará disponible para ayudarle a reunir estos materiales.

Formulario de Auto-Certificación del Solicitante: Usted debe usar este formulario para todos los factores que necesiten verificarse y que usted no pueda obtener documentación de terceras partes.

El formulario completado de la solicitud y documentación de apoyo deben ser presentados dentro de los 30 días. **Si usted falla en completar esta aplicación dentro de los 30 días, usted será considerado no elegible para asistencia de THRAP.** Una vez que su solicitud sea revisada, la agencia de Asesoría de Vivienda le enviará una notificación informándole el estado de su aplicación.

Gracias,  
El Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut

For Housing Counseling Agency Use Only		
HC Agency:	HC Agent #:	
Application Reference #	Date Submitted:	Time:

## Pago de Asistencia Temporal para Alquileres de Vivienda Solicitud de Asistencia para INQUILINOS

**DIRECCIONES:** Por favor escriba o imprima en letra clara, **TODAS** las secciones de esta aplicación y todos los documentos adjuntos. Devuelta la solicitud con los documentos aceptables de verificación a la Agencia de Asesoría de Vivienda descrita en la carta de presentación (Página 1) de este formulario de solicitud. Si alguna pregunta no es aplicable a usted, escriba N/D (no disponible) en esa sección.

### A. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
Nombre
Apellido

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Calle
Apt. #
Ciudad
Estado
Código Postal

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_  
Calle
Apt. #
Ciudad
Estado
Código Postal

Celular #: \_\_\_\_\_ Casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Dueño de la Propiedad: \_\_\_\_\_  
Nombre
Apellido

Dirección. del Dueño de la Propiedad: \_\_\_\_\_  
Calle
Apt. #
Ciudad
Estado
Código Postal

Teléfono del Dueño de la Propiedad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### B. COMPOSICIÓN DE MIEMBROS DEL HOGAR

Enumere TODAS las personas que viven en la propiedad rentada actualmente, incluyendo aquellos que viven allí por lo menos un 50% del tiempo e incluya niños que todavía no han nacido. Use una hoja separada si necesita más espacio..

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	# de Seguro Social o # Equivalente
1				
2				
3				
4				

5				
6				

1. \_\_\_\_ Total de Personas que son Miembros de la Casa
2. ¿Hay menores (personas menores de 18 años) en su casa? ☐ SÍ ☐ NO

### C. INGRESO DEL HOGAR

El ingreso del hogar es definido como el ingreso bruto anual recibido al hogar de todas las fuentes, excluyendo el ingreso por empleo de menores de edad o estudiantes de tiempo completo.

1. ¿Cuánto fue su Ingreso del Hogar en el Año Calendario de 2019? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿Se le ha negado a usted o a un miembro de su hogar, la asistencia de desempleo desde el 1 de febrero de 2020?  
☐ SÍ ☐ NO
3. ¿Se le ha negado a usted o un miembro de su hogar, la asistencia de desempleo por la pandemia, desde el 1 de febrero de 2020?  
☐ SÍ ☐ NO
4. En los meses de marzo, abril y mayo de 2020, ¿cuál ha sido su ingreso más bajo dentro de un período consecutivo de 30 días? \$ \_\_\_\_\_

**Proveer más detalles acerca del ingreso descrito en la pregunta No. 4 de arriba completando la siguiente tabla.** Use una hoja adicional si le falta espacio.

**INCLUYA:** Salarios de Empleo, Ingreso por Cuenta Propia, Ingreso de Negocios, Desempleo y Asistencia de Desempleo por Pandemia, Compensación al Trabajador, Pensiones, Anualidades, Beneficios del Seguro Social, Beneficios de Veteranos, Asistencia Pública Federal/ Estatal, Pensión Alimenticia, Manutención de los Hijos, etc.

**EXCLUYA:** Ingreso de Empleo de Menores y Estudiantes, Beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP), y el Pago de Impacto Económico (pago de estímulo).

Miembro del Hogar	Fuente de Ingreso	Monto de 30 Días Consecutivos
<b>TOTAL</b> (Debe coincidir con el monto descrito en la pregunta 4 de más arriba)		

**D. IMPACTO DEL COVID-19 EN LA CAPACIDAD DE PAGAR EL ALQUILER**

1. ¿Ha experimentado una dificultad relacionada con el COVID-19 en su capacidad para pagar el alquiler?

☐ SÍ ☐ NO

a. Si respondió **SÍ**, seleccione la(s) razón(es). Marque todas las que aplican.

- ☐ Pérdida del empleo, permisos, despidos u otra reducción en sus horas, sueldos o salarios
- ☐ Pérdida o reducción de ingresos por cuenta propia o ingresos por su negocio
- ☐ Otras Razones: *Los ejemplos incluye: Trabajo perdido porque usted debía quedarse en casa con su hijo/a ya que las escuelas y guarderías cerraron, o usted tenía que cuidar a un familiar con COVID-19, o usted estaba enfermo o tenía que guardar cuarentena por el COVID-19, o por una suspensión o atraso en la entrega de pagos de beneficios, etc.*

Si hay **OTROS** motivos, por favor provea una breve explicación:

---



---



---



---

**E. OBLIGACIONES DE ALQUILER Y ATRASOS**

1. ¿Es este alquiler su residencia primaria de tiempo completo? ☐ SÍ ☐ NO
2. ¿Cuál es su obligación mensual de alquiler actualmente? \$\_\_\_\_\_
3. ¿Participa en algún programa de renta mensual estatal o federal? *Ejemplo: Sección 8, Programa de Asistencia de Renta (RAP), otros cupones de vivienda.*  
☐ SÍ ☐ NO
4. ¿Está actualmente en un desalojo ordenado por la corte por la falta de pago de renta, emitido antes del 11 de marzo de 2020? ( *Nota: Un aviso para desalojar no es un desalojo ordenado por la corte* )  
☐ SÍ ☐ NO
5. ¿Usted debe alquiler de algunos meses antes del 1 de marzo del 2020?  
☐ SÍ ☐ NO
- a. Si marcó **SÍ**, anote el monto que le debe al dueño de la propiedad:  
 \$\_\_\_\_\_
6. ¿Está su alquiler actualmente pagado en su totalidad y al día en la fecha de esta solicitud?  
☐ SÍ [Salte a la pregunta No. 9 de esta sección] ☐ NO [Proceda a la siguiente pregunta]

### ADDENDUM 3

7. Si su renta **NO** está pagada en su totalidad y al día en la fecha de esta publicación, por favor anote todos los montos que usted ha pagado en los siguientes meses. Si usted no ha pagado la renta en un mes en particular, por favor ponga “0”. Use una hoja separada para cualquier mes después de julio.

- a. Monto de la renta pagada en marzo de 2020: \$ \_\_\_\_\_
- b. Monto de la renta pagada en abril de 2020: \$ \_\_\_\_\_
- c. Monto de la renta pagada en mayo de 2020: \$ \_\_\_\_\_
- d. Monto de la renta pagada en junio de 2020: \$ \_\_\_\_\_
- e. Monto de la renta pagada en julio de 2020: \$ \_\_\_\_\_

*(Nota: Antes de recibir asistencia del programa de TRHAP, usted debe realizar un Acuerdo de Plan de Pagos con el dueño de la propiedad para pagar cualquiera de los montos de renta atrasados, menos la asistencia anticipada bajo el programa. Un consejero de vivienda lo asistirá para calcular el total del monto atrasado).*

8. Si su alquiler **NO** ha sido pagado en su totalidad en la fecha de esta aplicación, tiene usted y el dueño de la propiedad un acuerdo de plan de pagos por toda la renta atrasada?

☐ SÍ      ☐ NO      ☐ No Disponible

- a. Si marcó SÍ, seleccione el tipo de plan de pagos. ☐ Voluntario    ☐ Orden de Corte    ☐ N/D

9. Debido al impacto negativo del COVID-19, ¿sigue teniendo dificultad para pagar su renta en su totalidad de manera mensual?

☐ SÍ      ☐ NO

Si seleccionó **SÍ**, por favor provea una breve explicación. Por ej.: Mi lugar de trabajo sigue cerrado, mis beneficios de desempleo han terminado, no puedo encontrar guardería, etc.

---

---

---

---

### F. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SOLICITANTE

Proveer la información de abajo es **OPCIONAL** y solo para propósitos de monitoreo.

☐ No deseo proveer esta información

1. Etnicidad:      ☐ Hispano o Latino      ☐ No Hispano o Latino
2. Raza: (Marque todo lo que aplica)
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska      ☐ Negro o Afro-Americano
- ☐ Asiático      ☐ Caucásico      ☐ Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacífico
3. Sexo: ☐ Femenino    ☐ Masculino

**G. AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL APLICANTE**

Al firmar abajo, yo:

- ✓ Certifico que la información presentada en este formulario de solicitud y toda la documentación de apoyo es verdadera y completa según entiendo;
- ✓ Autorizo la divulgación de la información presentada en esta solicitud y cualquier documentación de apoyo al Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut;
- ✓ Autorizo al Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut para verificar la información contenida en esta solicitud y toda documentación de apoyo; y
- ✓ Estoy de acuerdo en ser registrado en los servicios de Asesoría de Vivienda a través de la agencia revisando esta solicitud. *Si desea DESACTIVARSE de estos servicios, por favor coloque sus iniciales aquí:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Factores a verificar	Formularios Aprobados para la Verificación de Ingresos		
	Documentación de Terceros presentada por el solicitante		Auto-Certificación
	Ingresos del Año Calendario 2019	Ingreso más bajo por 30 días consecutivos entre marzo, abril y mayo del 2020	
Pensión Alimenticia o Manutención de Hijos	Declaración de Impuestos Estatales y Federales 2019	Arreglo de separación o divorcio provisto por ex-cónyuge o la corte indicando el tipo de asistencia, cantidad y plan de pagos	Declaración Firmada o Declaración Jurada Firmada por el Solicitante indicando la fuente de ingresos y el monto recibido por cualquiera de los períodos
	Acuerdo de separación o divorcio proveído por el ex-cónyuge o la corte indicando el tipo de asistencia, cantidad y plan de pagos	Historial de pagos de la agencia de ejecución de asistencia por manutención de hijos	
	Historial de pagos de la Agencia de Apoyo de la Manutención de los Hijos	Acuerdo por escrito provisto por ex-cónyuge o fuente de ingresos indicando el tipo de asistencia, cantidad y plan de pagos	
	Acuerdo escrito proveído por ex-cónyuge o fuente de ingresos indicando el tipo de asistencia, cantidad y plan de pagos	Cartas de la corte	
		Comprobante de cheques	
Ingresos por empleo	Formulario W-2	Talonarios de sueldos consecutivos (2 comprobantes por pagos bisemanales o bimensuales, 4 comprobantes por pagos semanales, 1 comprobante por pago mensual)	Declaración Firmada o Declaración Jurada Firmada por el Solicitante indicando la fuente de ingresos y el monto recibido por cualquier de los períodos.
	Recibos de Sueldo o Declaración de Ganancias del Año 2019	Carta de verificación del empleador	
	Declaración de Impuestos Estatales y Federales del Año 2019		
	Carta de Verificación del empleador		

**Anexo B-1**

Factores a verificar	Formularios Aprobados para la Verificación de Ingresos		
	Documentación de Terceros presentada por el solicitante		Auto-Certificación
	Ingresos del Año Calendario 2019	Ingreso más bajo por 30 días consecutivos entre marzo, abril y mayo del 2020	
Ingreso por pagos de mantenimiento, beneficios, otros ingresos aparte de salarios (por ej., asistencia estatal, Seguro Social [SS], Ingreso Suplementario de Seguridad [SSI], Ingreso por Discapacidad, Pensiones)	Formularios 1099 del Año 2019	Cartas de Beneficio de las Agencias Autorizadas	Declaración Firmada o Declaración Jurada Firmada por el Solicitante describiendo el monto y la fuente de ingresos por cualquier de los períodos.
	Cartas de Beneficios de las Agencias Autorizadas en el 2019	Extracto Bancario mostrando el ingreso por depósito directo	
	Talón de Pagos de Fin de Año del 2019	Actual Talón de Pagos	
		Extracto Trimestral Reciente de la Cuenta de Pensiones	
Ingreso por Negocios	Declaración de Impuestos Estatales y Federales 2019 con los Formularios de Schedule C, E o F		Declaración Firmada o Declaración Jurada Firmada por el Solicitante mostrando ingreso neto del negocio por cualquier de los períodos
Ingresos por Cuenta Propia	Declaración de Impuestos Estatales y Federales 2019 mostrando monto ganado		Declaración Firmada o Declaración Jurada Firmada por el Solicitante mostrando monto ganado por cualquier de los períodos
Desempleo	Declaración de Impuestos Federales y Estatales 2019	Carta de Notificación de Beneficios	Declaración Jurada Firmada por el Solicitante mostrando la compensación por desempleo en cualquier
		Declaración de la Agencia Autorizada	



## Anexo B-2

Factor a verificar	Formas Aceptables de Verificación u otros Factores Elegibles/Prioritarios	
	Documentación de terceros provista por el aplicante	Auto-certificación
Identificación del Miembro Líder del Hogar	Documento Estatal de Identidad o Licencia de Conducir	N/A
	Otro Documento de Identidad con Nombre y Otra Forma de Identificación	
Número de Seguro Social o Equivalente del Miembro Líder del Hogar	Tarjeta de Seguro Social	N/A
	Documento Expedido por Agencia del Gobierno Federal o Estatal que incluya el Nombre y Número de Seguro Social	
	Tarjeta o Documento confirmando el número provisto equivalente	
Negación de Beneficios por Desempleo y/o Asistencia por Desempleo por la pandemia	Carta de Negación o correo electrónico del Departamento de Trabajo	N/A
Pérdida de Empleo, Permisos, Despidos o reducción de Horario/Pagos/Salario	Carta o Notificación del Empleador	Declaración Firmada o declaración Jurada del Solicitante documentando la pérdida o reducción de los ingresos por empleo
Pérdida o Reducción de Ingresos por Trabajo Independiente	No requerido	Declaración Firmada o Declaración Jurada del Solicitante documentando la pérdida o reducción del ingreso por trabajo independiente
Pérdida o Reducción de Ingreso por Negocios	No requerido	Declaración Firmada o Declaración Jurada del Solicitante documentando la pérdida o reducción del ingreso por negocio

## Anexo B-2

Factor a verificar		Formas Aceptables de Verificación u otros Factores Elegibles/Prioritarios	
		Documentación de terceros provista por el aplicante	Auto-certificación
Otras razones por pérdida o reducción de ingresos (por ejemplo falta de servicios de manutención de niños, cierre de escuelas, apoyo para un miembro de la familia positivo de COVID-19, o necesidad de cuarentena, etc.)		No requerido	Declaración Firmada o declaración Jurada del Solicitante documentando la razón de la pérdida o reducción de ingresos relacionados al COVID-19
Notificación Pendiente de Desalojo por el No-Pago de Renta antes del 11 de marzo del 2020		No requerido. El evaluador debe confirmar la información por la página web los Casos Judiciales de Connecticut	N/A
Obligación de renta		Contrato de Renta	N/A
		Recibo de Renta	
		Talonario de Renta	
		Carta del propietario que documenta la dirección y el monto de la renta	
Al Día en la Renta	a) Pago total	Recibos mostrando pago completo	Declaración firmada o declaración jurada del aplicante documentando el pago completo de renta
		Talonario de Renta	
		Carta del propietario verificando todos los pagos de renta	
	b) Documento de Plan de Pagos de toda la renta pendiente	Acuerdo de Plan de Pagos voluntario firmado entre el inquilino y propietario por los meses pendientes de renta.menos la asistencia anticipada del programa.	N/A

**Programa de Asistencia Temporal para Alquiler de Vivienda  
Formulario de Auto-Certificación del Solicitante**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

El Solicitante debe auto-certificar aquellos artículos cuya documentación no está disponible o es difícil de obtener, y cuando la auto-certificación sea permitida.

Ingreso del Año Calendario 2019 \_\_\_\_\_

Fuente (s) de Ingresos \_\_\_\_\_

Certifico que esta información es completa y precisa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ingreso más bajo por 30 días consecutivos en marzo, abril y mayo de 2020 \_\_\_\_\_

Fuente (s) de Ingresos \_\_\_\_\_

Certifico que esta información es completa y precisa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He experimentado una reducción en el Ingreso por Empleo debido a (marque todas las casillas que apliquen):

☐ Pérdida de Trabajo

☐ Permiso

☐ Despido

☐ Reducción en las horas y/o salarios

☐ Disponibilidad de guardería

☐ Cierre de Escuelas

☐ Enfermedad/ cuarentena por COVID-19. (continúa en la siguiente página)

## Addendum 4

☐ Cuidado a un miembro de la familia por COVID-19

☐ Otro \_\_\_\_\_

Yo certifico que esta información es completa y precisa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He experimentado pérdida de ingresos por cuenta propia. Por favor, provea breves detalles.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo certifico que esta información es completa y precisa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He experimentando pérdida de Ingresos de Negocios. Por favor, provea breves detalles.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo certifico que esta información es completa y precisa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_