**Pago de Asistencia para Vivienda de Alquiler Temporal (TRHAP)**

**Solicitud de Asistencia para INQUILINOS**

Estimado solicitante:

Su hogar ha sido preaprobado para recibir fondos de asistencia para el alquiler a través del programa TRHAP. Para continuar con este proceso, debe completar la Solicitud TRHAP adjunta y reunir los documentos de verificación aceptables para enviarlos a la Agencia de Consejería de Vivienda que se indica en su Carta de aprobación previa de TRHAP. Es importante que comprenda completamente la solicitud y los documentos adjuntos; por lo tanto, si necesita ayuda para comprender y / o completar este formulario, comuníquese con la Agencia de Consejería de Vivienda.

Además de una aplicación completa, deberá proporcionar verificación de la información proporcionada. Los factores a verificar incluyen los siguientes:

1. Identidad del miembro líder del hogar
2. Número de seguro social o un número equivalente del miembro líder del hogar
3. Ingreso mensual actual
4. Impacto de COVID-19 en la capacidad del solicitante de pagar el alquiler completo a partir del 1 de marzo de 2020 (es decir, pérdida de trabajo, licencia, despido, reducción de horas / salarios, otras razones que resultan en una pérdida / reducción de ingresos, etc.)
5. Obligación de alquiler (Costo mensual del alquiler)
6. Atraso total de renta, si es que le corresponde

**A continuación, encontrará una breve descripción de los documentos que se adjuntan a esta solicitud.**

Formas aceptables de verificación: estos documentos sirven como guía para ayudarlo a comprender qué tipo de documentación es aceptable para verificar los factores de elegibilidad. Donde se indique y permita, si no puede recopilar la documentación, se puede aceptar la información en su solicitud. El consejero de vivienda asignado a su solicitud estará disponible para ayudarlo a reunir estos materiales.

Formulario de auto certificación del arrendador: Si no puede obtener los documentos de verificación para confirmar su obligación de alquiler mensual y sus atrasos totales de alquiler, su arrendador puede completar este formulario para verificar esos montos.

El formulario de solicitud completo y la documentación de respaldo deben enviarse dentro de los 14 días**. Si no completa esta solicitud dentro de los 14 días, se lo considerará inelegible para la asistencia de TRHAP.** Una vez que se revisa su solicitud, la agencia de Asesoramiento de Vivienda le enviará una notificación por escrito informándole sobre el estado de su solicitud.

Gracias,

Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut

|  |
| --- |
| **For Housing Counseling Agency Use Only** |
| HC Agency: | HC Agent Name: |
| Application Reference #: | Date Submitted: | Time: |

**Pago de asistencia para vivienda de alquiler temporal (TRHAP)**

**Solicitud de Asistencia para INQUILINOS**

**INSTRUCCIONES:** Por favor escriba o imprima claramente y complete **TODAS** las secciones de esta solicitud y todos los adjuntos correspondientes. Devuelva la solicitud y los documentos de verificación aceptables a la agencia de Consejería de Vivienda que se indica en la carta de presentación (página 1) de este formulario de solicitud. Si una pregunta no corresponde, escriba “N / A” en esa sección.

**A. INFORMACIÓN GENERAL**

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

 Nombre Apellido

Dirección Física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Departamento. # Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Departamento. # Ciudad Estado Código Postal

Tel. Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Apellido

Direcció del Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Departamento. # Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico del propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. COMPOSICIÓN DEL HOGAR**

Enumere **TODAS** las personas que actualmente residen en la unidad de alquiler, incluidas las que viven allí al menos el 50% del tiempo y los niños por nacer. Use una hoja de papel separada si necesita espacio adicional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Fecha de Nacimiento** | **Número de Seguro Social o Equivalente** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

1. \_\_\_\_\_ Número total de miembros del hogar

**C. INGRESO DEL HOGAR**

El ingreso familiar se define como el ingreso mensual bruto que recibe el hogar de todas las fuentes, excluyendo los ingresos laborales de niños menores y estudiantes de tiempo completo..

1. ¿Cuál es su ingreso mensual actual en su hogar? $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D. IMPACTO DEL COVID-19 EN SU HABILIDAD DE PAGAR RENTA**

1. ¿Ha experimentado una dificultad relacionada con COVID-19 que afectó o afecta actualmente su capacidad para pagar el alquiler en su totalidad?

[ ] SI [ ] NO

1. Si es que **SÍ**, seleccione las razón(es). Marque todas las que apliquen

[ ]  Pérdida de empleo, licencia, despido u otra reducción en sus horas, salarios o paga

[ ]  Pérdida o reducción de ingresos de trabajo por cuenta propia o ingresos de su negocio

[ ]  OTRAS razones: *Algunos ejemplos incluyen faltar al trabajo porque tuvo que estar en casa con su hijo una vez que cerraron las escuelas y guarderías, tuvo que cuidar a un miembro de la familia que tenía COVID-19, usted mismo estaba enfermo o tuvo que ser puesto en cuarentena debido a COVID-19, un suspensión o retraso en la recepción de pagos de beneficios, etc.*

Si es **OTRAS**, por favor provea una breve explicación:

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

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

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

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

**E. OBLIGACIÓN DE ALQUILER Y ATRASO**

1. ¿Es el alquiler su lugar de residencia principal a tiempo completo? [ ] SI [ ] NO
2. ¿Cuál es su obligación de alquiler mensual actual (costo de alquiler)? $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe asistencia de algún programa federal o estatal de asistencia para el alquiler mensual en el que la parte del alquiler del inquilino se calcula en función de los ingresos de su hogar y no existe un requisito de alquiler base o alquiler mínimo? *Ejemplos: Sección 8, Programa estatal de asistencia para el alquiler (RAP), otros vales de vivienda.*

[ ] YES [ ] NO

1. ¿Cuál es su total de alquiler atrasado actual para todos los alquileres vencidos a su arrendador desde el 1 de marzo de 2020 hasta la fecha de esta solicitud? (**NO** incluya ningún atraso de los meses anteriores al 1 de marzo de 2020)

 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SOLICITANTE**

Proveer la información a continuación es **OPCIONAL** y para propósitos de monitoreo solamente.

[ ]  Deseo no proveer esta información

1. Etnicidad: [ ]  Hispano o Latino [ ] No Hispano o Latino
2. Raza: (Marque todas las que apliquen)

[ ] Indio Americano o Nativo de Alaska [ ] Negro o Afroamericano

[ ] Asiático [ ] Caucásico [ ]  Hawaiano Nativo U otra Isla del Pacífico

1. Sexo: [ ]  Femenino [ ] Masculino

**G. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE**

Al firmar a continuación, yo:

* Certifico que la información proporcionada en este formulario de solicitud y toda la documentación de respaldo es verdadera y completa a mi leal saber y entender;
* Autorizar la divulgación de la información proporcionada en esta solicitud y cualquier documentación de respaldo al Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut;
* Autorizar al Departamento de Vivienda del Estado de Connecticut a verificar la información contenida en esta solicitud y cualquier documentación de respaldo; y
* Aceptar estar inscrito en los servicios de Consejería de Vivienda a través de la agencia que revisa esta solicitud. *Si desea NO PARTICIPAR en estos servicios, coloque sus iniciales aquí*: \_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del Solicitante Fecha