

# Solicitud del programa Covid Rental Relief

## Página de inicio

El programa de alivio de alquiler de COVID (COVID Rent Relief Program) proporcionará a los hogares elegibles un subsidio de alquiler por única vez que se enviará directamente al propietario del hogar. Los solicitantes no necesitarán reembolsar esta asistencia.

El pago de asistencia de alquiler cubrirá la diferencia entre el cargo de alquiler del hogar del 1 de marzo de 2020 y el aumento del cargo de alquiler durante los meses en que los hogares solicitan asistencia. Los hogares pueden solicitar hasta cuatro meses de asistencia para el cargo de alquiler.

Para obtener información adicional, seleccione el icono a través de la aplicación.

Si ya solicitó asistencia de este programa y recibió un número de confirmación, no es necesario que vuelva a llenar una nueva solicitud. Las solicitudes recibidas anteriormente están siendo revisadas automáticamente por HCR. Enviar una segunda solicitud resultará en un retraso en el procesamiento de su solicitud.

Botón: Descripción general del programa de alivio del cargo de alquiler

Botón: Calcular elegibilidad y aplicar

Enlace: Continuar con la solicitud anterior

NYS Homes and Community Renewal (HCR) ha colocado "Google Translate", una herramienta en línea, en el Portal de Solicitantes de Ayuda al Alquiler, que puede ayudar a los usuarios con dominio limitado del inglés. Tenga en cuenta que "Google Translate" es un servicio de terceros. Su ubicación en el sitio web no es un respaldo, ni dicha ubicación implica que "Google Translate" sea la única solución de traducción disponible para dichos usuarios. HCR no garantiza la precisión de ninguna traducción realizada por "Google Translate" o cualquier otro servicio de terceros. Si un usuario con dominio limitado del inglés requiere ayuda, dicho usuario puede llamar al Centro de Llamadas de Rent Relief al (833) 499-0318, ya que tienen traductores disponibles durante el horario comercial normal.

## Calculadora de elegibilidad

Responda algunas preguntas breves para estimar su elegibilidad. La elegibilidad real se basará en una revisión de su solicitud y la documentación que proporcione.

¿Es su residencia principal en el estado de Nueva York?

Sí

No

¿En qué condado está localizada su residencia principal? (Si la respuesta anterior es sí, se le pedirá que responda a esta pregunta. Aparecerá un menú desplegable con todos los condados de Nueva York).

\_\_\_\_\_

¿Actualmente alquila su residencia principal? *(Aviso: esto incluye el alquiler de lotes en parques de casas prefabricadas)*

Sí

No

¿Tuvo menos ingresos mensuales en cualquier mes entre abril de 2020 y julio de 2020 que antes del 1 de marzo de 2020 debido a la pandemia de COVID-19?

Sí

No

¿Recibe actualmente asistencia de vivienda de la Sección 8 o vive en una vivienda pública donde su alquiler no puede exceder el 30% de sus ingresos? *(Aviso: si recibe un vale de elección de vivienda de la Sección 8 \* para sus costos de vivienda o reside en una vivienda pública, no es elegible según el estatuto. \*Para hogares que reciben vales de la Sección 8: si el costo del alquiler excede el 30% de ingresos y ha perdido ingresos en este período, debe solicitar un ajuste a su pago de alquiler. Comuníquese con el administrador de su vale para solicitar una Recertificación Provisional).*

Sí

No

¿Incluyéndose usted mismo y todos los demás adultos y menores de edad, cuanta gente vive en el apartamento?

Seleccione el tamaño del hogar \_\_\_\_\_

¿Cuál era su ingreso familiar mensual total (incluyendo todos los beneficios de desempleo) antes del 1 de marzo de 2020?

\$\_\_\_\_.\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso familiar mensual total (incluyendo todos los beneficios por desempleo y los beneficios por desempleo pandémico) durante el período de cobertura del programa (del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020)?

\$\_\_\_\_.\_\_\_\_

Botón: Calcular la elegibilidad

## No es elegible

Lo sentimos, no es elegible.

De acuerdo con la información del hogar proporcionada, su hogar no es elegible para recibir asistencia bajo el Programa de alivio de alquiler de COVID.

Para obtener información adicional sobre los criterios de elegibilidad y las preguntas frecuentes, visite: <https://hcr.ny.gov/covid-rent-relief-program>

Los hogares que reciben vales de elección de vivienda de la Sección 8 y los inquilinos que viven en viviendas públicas no son elegibles bajo el Programa de Alivio de Renta COVID. Comuníquese con su administrador local / administrador de casos.

Botón: Volver a la descripción general del alivio de alquiler

## Puede ser elegible

Su solicitud y documentación serán evaluadas para tomar una determinación final.

Para aplicar, necesitará prueba de:

- Identidad del residente adulto principal

Se requiere identificación otorgada por el gobierno.

- Ingresos de cada adulto que reside en el hogar

Necesita documentar ingresos antes del 1 de marzo de 2020 y después del 1 de marzo de 2020.

W-2, talones de pago, carta de salario, declaración de impuestos más reciente u otra prueba de ingresos es aceptable.

- Monto del alquiler

Se acepta contrato de arrendamiento vigente o evidencia de pagos de alquiler.

Se le pedirá que cargue estos documentos en línea. Se aceptan fotos de estos documentos tomadas con su teléfono como prueba.

Botón: Solicitar alivio de alquiler

Deberá iniciar la sesión con su identificación de NY.GOV (o crear una cuenta)

## Para quién es esta aplicación

Nombre del Solicitante (Yo mismo)

o

Estoy llenando esta solicitud para otra persona

¿Quién puede hacer esto?

Instrucciones: Usted autoriza a un trabajador social, abogado u otro representante personal a solicitar al programa de alivio de alquiler de COVID en su nombre. Puede hacerlo proporcionando el nombre del representante, la organización (si corresponde), la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico (opcional). Si necesita ayuda para completar este formulario, incluyendo la interpretación, comuníquese al 1-833-499-0318.

Información del representante autorizado

Primer nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Botón: Iniciar aplicación

## Primer paso Dirección de residencia principal

### Dirección de residencia principal

La dirección de la unidad por la cual busca un subsidio.

Condado (tenga en cuenta que Brooklyn está en el condado de Kings, Queens está en el condado de Queens, Bronx está en el condado de Bronx, Staten Island es el condado de Richmond y Manhattan está en el condado de Nueva York)

\_\_\_\_\_

Dirección (debe ser una dirección válida del estado de Nueva York)

\_\_\_\_\_

¿Cuántas recámaras tiene su residencia? \_\_\_\_\_

¿Es esta su residencia principal?

Sí

No

¿Actualmente alquila esta residencia? (*Aviso: incluye el alquiler de lotes en parques de casas prefabricadas*)

Sí

No

Apunte su dirección. (*Nota: si apunta una dirección que el sistema no reconoce, tiene la opción de seleccionar "Apuntar dirección manualmente"*)

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad

Código postal

Dirección postal (Dirección de caja de correos es aceptable)

Botón: Siguiente

## Segundo paso Monto del alquiler

¿Cómo normalmente paga el monto de alquiler? *(Nota: aparecerá un menú desplegable)*

Efectivo,  Cheque,  Giro postal, o  Depósito directo

El monto de alquiler mensual antes del 1 de marzo de 2020 *(Aviso: Compañeros de cuarto deben completar la solicitud como un hogar; si solo un compañero de cuarto está solicitando, el compañero de cuarto solicitante debe prorratear su cargo de la renta).*

\$ \_\_\_\_.

Monto de alquiler mensual durante el período de cobertura del programa (1 de abril de 2020 hasta el 31 de julio de 2020)

\$ \_\_\_\_.

¿Está en mora (atrasado en los pagos de alquiler) de algún mes del período de cobertura del programa? (1 de abril de 2020 hasta el 31 de julio de 2020)?

No es necesario estar atrasado en pagos de alquiler para calificar para el programa.

Sí

No

Entre el 1 de abril de 2020 y el 31 de julio de 2020, ¿cuál es el total de su deuda de alquiler?

\$ \_\_\_\_.

¿En qué mes(es) está en mora? *(En caso afirmativo, aparecerá un menú desplegable)*

Seleccione todos los meses que correspondan.

Abril 2020

Mayo 2020

Junio 2020

Julio 2020

*(Si la respuesta es no) Si este subsidio excede el monto de la deuda de alquiler, ¿cómo le gustaría que su arrendador aplique el subsidio?*

Reponer el depósito de seguridad

Pagar el alquiler de los meses posteriores

## Tercer paso Residentes e ingresos

Su elegibilidad se calcula tomando en cuenta el

- Número de residentes que viven en su residencia
- Ingresos totales de todos los adultos que viven en su hogar.

¿Incluyéndose usted mismo y todos los demás adultos y menores de edad, cuanta gente vive en el apartamento? *(Aviso: Compañeros de cuarto deben completar la solicitud como un hogar; si solo un compañero de cuarto está solicitando, el compañero de cuarto solicitante debe prorratear su cargo de la renta).*

---

El Programa COVID Rent Relief requiere que al menos un miembro del hogar sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga un estatus migratorio elegible.

Para saber si es elegible, consulte la columna "Asistencia Familiar" en la guía de escritorio de elegibilidad para no ciudadanos.

¿Al menos una persona que reside en su hogar es ciudadano de los Estados Unidos o alguien en su hogar tiene un estatus migratorio elegible? *(Aviso: Bajo este programa, al menos un miembro del hogar debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener un estatus migratorio elegible. No es necesario que sea el jefe de hogar y puede ser un niño menor de dieciocho años. Para una lista de estados de inmigración elegibles y documentación relevante, consulte la columna "Asistencia familiar" de la Ayuda de escritorio de elegibilidad para no ciudadanos producida por NYS OTDA)*

Sí

No

Proporcione el número de seguro social o número de identificación fiscal de una persona en el hogar que tenga ciudadanía de los Estados Unidos o estado migratorio elegible *(Aviso: bajo este programa, al menos un miembro del hogar debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener un estado migratorio elegible. No es necesario que sea el jefe de familia y puede ser un niño menor de dieciocho años. Para obtener una lista completa de los estados de inmigración elegibles y la documentación relevante, consulte la columna "Asistencia Familiar" de la guía de escritorio de elegibilidad para no ciudadanos producida por NYS OTDA).*

Número de seguro social     Número de identificación fiscal (ITIN)     Otro

Apunte el número de seguro social *(Nota: esta opción depende de la selección del solicitante anterior)*

---

¿Hay miembros del hogar discapacitados?

Sí

No

¿Hay algún miembro del hogar mayor de 62+ años de edad (Aviso: personas mayores de 62 años.)

Sí

No

Ingreso mensual total (incluyendo todas las beneficios por desempleo) de todos los adultos que vivían en su hogar antes del 1 marzo 2020 (Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo).

\$ \_\_\_\_.

Suma total de ingresos mensuales (incluyendo todos los beneficios por desempleo y los beneficios por desempleo pandémico) de todos los adultos que viven en su hogar (excluyendo los estudiantes de tiempo completo que son dependientes) durante el período de cobertura del programa (del 1 de abril 2020 al 31 de julio 2020. (Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo).

\$\_\_\_\_.\_\_\_\_

¿Hubo un mes durante el período de cobertura en el que el ingreso mensual total de todos los adultos que viven en su hogar (excluyendo los estudiantes de tiempo completo que son dependientes) fue menos que en julio 2020? *(Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo).*

Sí

No

(En caso afirmativo, seleccione el mes y apunte el ingreso mensual total para ese mes) Durante el período de cobertura, ¿en qué mes fue el ingreso familiar total (incluyendo todos los beneficios por desempleo y los beneficios por desempleo pandémico) el más bajo? (si son varios meses, elija uno) El seguro de desempleo u otros subsidios o beneficios que se reciben para cubrir la pérdida de ingresos durante un mes en particular deben contarse para ese mes, independientemente del mes en el que se reciben. Si aún no ha recibido beneficios de desempleo (UI) u otro subsidio o beneficio, no está obligado a reportarlos.

Abril 2020      Mayo 2020      Junio 2020

Esta información es necesaria

¿Recibe actualmente asistencia de vivienda de Sección 8 o vive en una vivienda pública? *(Aviso: Los hogares que reciben vales de vivienda del programa Sección 8 y los hogares que viven en viviendas públicas no son elegibles para el programa de alivio de alquiler de COVID. Comuníquese con su administrador local / administrador de casos)*

Sí

No

¿Recibe actualmente algún otro subsidio de alquiler?

Sí

No

\_\_\_\_\_ (Nota: si selecciona Sí, elija el proveedor de subsidio de alquiler del menú desplegable y apunte el monto del subsidio de alquiler mensual).

## Cuarto paso Información del aplicante

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

¿Tiene un número de seguro social o número de identificación fiscal?

Número de Seguro social     Número de identificación fiscal (ITIN)     Ninguno

Fecha de nacimiento

Raza

Etnicidad

Hispano     No-Hispano

Correo electrónico

Número de teléfono *(Nota: si selecciona móvil, elija su método de contacto preferido: correo electrónico o mensaje de texto.)*

Móvil     Fijo

¿Eres un dependiente y estudiante de tiempo completo?

Sí     No

(Si la respuesta es no) Ingresos mensuales (incluyendo todos los beneficios por desempleo) antes del 1 de marzo 2020. *(Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo)*

\$0.00

Ingresos mensuales (incluyendo todos los beneficios del seguro de desempleo y los beneficios del desempleo pandémico) para el mes más bajo durante el período de cobertura del programa (del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020). *(Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo)*

\$0.00

Cargue la documentación de ingresos a continuación.

Puede cargar más de una imagen.

Cargue la documentación de ingresos antes del 1 marzo 2020

W2, talonarios de pago, carta de salario, declaración de impuestos de 2019, otro

Cargue la documentación de ingresos para el período de cobertura del programa (del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020).

W2, talonarios de pago, carta de salario, declaración de impuestos de 2019, otro

¿Recibió beneficios del seguro de desempleo durante el período de cobertura?

Si es afirmativo, apunte el monto total de los beneficios recibidos del seguro de desempleo (UI) SEMANAL. (Incluya todos los tipos de UI, incluyendo la asistencia por desempleo pandémico (PUA) y la compensación por desempleo pandémico (PUC)).

\$0.00

Para cada categoría a continuación, apunte sus ganancias mensuales para el mes más bajo del período de cobertura del programa. Debe apuntar una fuente de ingresos de al menos una categoría. (Esto incluye ingresos del seguro de desempleo).

Salarios

\$0.00

Pensión alimenticia ordenada por la corte

\$0.00

Manutención conyugal

\$0.00

Pagos de manutención infantil

\$0.00

Seguro Social por discapacidad

\$0.00

Seguro Social por jubilación

\$0.00

Beneficios del Seguro Social

\$0.00

Otro

\$0.00

Cargue prueba de identidad

Identificación otorgada por el gobierno (licencia de conducir, identificación de no conductor, credencial de residencia, etc.).

Anteriormente, indicó que más de una persona reside en su hogar o residencia. Para cada residente, complete el perfil a continuación.

Residente 1

[Nombre del solicitante]

Residente 2

[Información completa del residente]

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

¿Tiene un número de seguro social o número de identificación fiscal?

Número de seguro social     Número de identificación fiscal (ITIN)     Ninguno

Apunte el número de seguro social (*Nota: esta opción depende de la selección del solicitante anterior*)

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

¿Es un dependiente y estudiante de tiempo completo?

Sí     No

(Si la respuesta es no) Ingresos mensuales (Incluyendo todos los beneficios por desempleo) antes del 1 de marzo 2020. (*Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo*)

\$0.00

Ingresos mensuales (incluyendo todos los beneficios del seguro de desempleo y los beneficios del desempleo pandémico) para el mes más bajo durante el período de cobertura del programa (del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020). (*Aviso: la documentación de ingresos incluye: todos los sueldos, propinas, horas extra, salario, obsequios recurrentes, rendimiento de las inversiones, asistencia social, pagos del seguro social, pagos de manutención infantil, beneficios por desempleo, pago o subvención en efectivo cuyo propósito es ayudar con los pagos del alquiler, cualquier pago cuyo propósito sea reemplazar la pérdida de ingresos y cualquier otro beneficio del gobierno o subvención en efectivo para cada miembro del hogar. Los siguientes no*

*son documentación de ingresos: ingresos laborales de niños menores de dieciocho años, ingresos laborales de niños de dieciocho años o mayores que son estudiantes de tiempo completo, pagos por cuidado de crianza temporal, obsequios esporádicos, alimentos provistos por personas que no viven en el hogar, beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria, anulación de ingresos del trabajo o crédito tributario por ingresos del trabajo)*

\$0.00

Cargue la documentación de ingresos a continuación.

Puede cargar más de una imagen.

Cargue la documentación de ingresos antes del 1 marzo 2020

W2, talonarios de pago, carta de salario, declaración de impuestos de 2019, otro

Cargue la documentación de ingresos para el período de cobertura del programa (del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020).

Talonarios de pago, carta de salario, otro

¿Recibió beneficios del seguro de desempleo durante el período de cobertura?

Si es afirmativo, apunte el monto total de los beneficios recibidos del seguro de desempleo (UI) SEMANAL. (Incluya todos los tipos de UI, incluyendo la asistencia por desempleo pandémico (PUA) y la compensación por desempleo pandémico (PUC)).

\$0.00

Botón: Continuar

## Quinto paso Información del propietario

Si se aprueba su solicitud, su subsidio se enviará directamente al propietario / administrador de la propiedad

Tipo de negocio

Propietario       Compañía de administración de propiedades

Nombre de la empresa o nombre completo del propietario

Dirección de la empresa o propietario

Dirección de correo electrónico del propietario o impresa

Número de teléfono de la empresa o propietario

Cargue documentación del monto de alquiler.

Se acepta contrato de arrendamiento actual o evidencia de pagos de alquiler

No tengo documentación del monto de alquiler (*Aviso: Si el solicitante no tiene evidencia de los pagos de arrendamiento, complete la atestación.*)

Si la pregunta anterior está marcada

Fecha: 12-21-2020

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y resido en \_\_\_\_\_. Esta es mi residencia principal. Atesto de que pago \$ #, ###. ## de alquiler por mi residencia en \_\_\_\_\_. El nombre de la empresa propietaria / administradora a la que le pago el alquiler es \*\* PARA INSCRIBIR \*\*. Envío mi alquiler a \*\* PARA INSCRIBIR \*\*. El número de teléfono del arrendador / empresa administradora es \*\* PARA INSCRIBIR \*\*.

Por la presente afirmo, bajo las penas previstas por la ley, que actualmente vivo en la dirección que he indicado y que la información proporcionada es verdadera y está completa.

Afirmo

## Sexto paso Revisión

Ha completado su solicitud de alivio de alquiler de COVID. Verifique que la información que ha proporcionado esté completa y sea precisa revisando su solicitud.

Revise toda su información antes de enviarla, ya que no podrá hacer cambios después de que envíe la solicitud.

## Presentar la solicitud

Revise la siguiente información y firme su nombre en la parte inferior para enviar su solicitud.

“Entiendo que al enviar esta solicitud acepto cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado en relación con mi solicitud de asistencia para el alquiler. También cooperaré plenamente con el personal estatal en cualquier revisión de control de calidad del programa de asistencia para el alquiler.

Entiendo que HCR y sus agentes pueden investigar mi solicitud y pueden verificar esta información a través de contactos colaterales si se encuentran discrepancias. También entiendo que dicha información puede afectar mi elegibilidad para el programa de asistencia de alquiler y / o el nivel de beneficios que recibo.

Autorizo a HCR y a su (s) agente (s) a solicitar verificación de ingresos de entidades gubernamentales federales, estatales y locales, incluyendo sueldos, salarios y otras fuentes de ingresos laborales y no laborales. La verificación incluirá ponerse en contacto con entidades gubernamentales para obtener información sobre los pagos del seguro de desempleo, información de impuestos federales y estatales, pagos de estímulo, pagos de subsidio de alquiler, pagos de asistencia pública, beneficios de la Sección 8, información de ingresos de seguro social, ingresos de trabajo por cuenta propia, ingresos de jubilación, pagos de manutención infantil y otros beneficios y subsidios estatales y locales.

También doy permiso a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia por Discapacidad (OTDA) para compartir información con respecto a la Asistencia Pública y los pagos de manutención de menores que yo, o cualquier miembro de mi hogar para quien pueda otorgar autorización legalmente, haya recibido, con el fin de verificar mi elegibilidad para el Programa de Alivio de Renta COVID de HCR (COVIDRRP) y doy mi consentimiento expreso para que cualquier agencia divulgue cualquiera de mis datos personales, información fiscal o de otro tipo, que sea necesario para verificar la información contenida en esta solicitud ”.

Escriba su nombre completo

Botón: Enviar solicitud