



Homes and Community Renewal

ANDREW M. CUOMO
Gobernador

RUTHANNE VISNAUSKAS
Comisionada / Directora General

Extensión del Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID: Formulario de Apelación

Instrucciones: Utilice este formulario para apelar el rechazo de una solicitud para el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID o para apelar el cálculo del monto de su subsidio. Si usted considera que su solicitud fue rechazada incorrectamente o que el monto del subsidio que le fue aprobado ha sido incorrectamente calculado, tiene 7 (siete) días hábiles a partir de la fecha de la notificación del rechazo o del otorgamiento del subsidio para presentar este formulario de apelación.

Para más información, puede visitar nuestro sitio web, <https://hcr.ny.gov/rrp>. Nota: Las apelaciones no serán tomadas en cuenta si los fondos para el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID ya se han agotado.

Llene todas las secciones de este documento. Puede enviar su apelación de las siguientes maneras:

Cargue el Formulario de Apelación completado y toda la documentación requerida a este sitio: <https://covidrentreliefappeals.hcr.ny.gov>.

Este Formulario de Apelación y toda la documentación de respaldo deberán entregarse juntos, ya sea cargándolos al sitio indicado arriba o enviándolos por correo. Asegúrese de incluir todos los documentos que respalden su apelación, ya que no tendrá permitido presentar documentación adicional.

Nota: Este formulario ha sido traducido al español, chino, bengalí, coreano, haitiano criollo y ruso. Los formularios traducidos están disponibles en: <https://hcr.ny.gov/crrp-translated-appeal-information>; sin embargo, este formulario debe ser llenado en inglés.

1. Información del solicitante:

Número de confirmación: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Usted puede autorizar a una trabajadora social, un abogado u otro representante legal a fin de presentar una apelación para el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID en su representación. Para ello, proporcione el nombre, la organización (si corresponde), dirección, el número telefónico y la dirección de correo electrónico (opcional) de su representante, y luego firme este documento. Su representante autorizado también debe firmar este documento.

Consulte el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID: La Autorización para la divulgación de información al representante autorizado para la apelación se encuentra al final de esta solicitud (Anexo “A”). Nota: La Autorización para la divulgación de información al representante autorizado (Anexo “A”) debe llenarse en inglés.

2. Información del representante (si corresponde):

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

3. De la lista de opciones a continuación, seleccione el motivo por el cual solicita una apelación:

A. Considero que se me negó la ayuda indebidamente:

- Mi domicilio principal en alquiler se encuentra en el estado de NY.
- La carga económica por el alquiler se calculó incorrectamente.
- Mis ingresos antes del 1° de marzo de 2020 se calcularon incorrectamente.
- Mis ingresos actuales se calcularon incorrectamente
- Mis ingresos durante el periodo de cobertura no fueron los mismos ni fueron superiores a mis ingresos antes de marzo de 2020.
- Otro

B. Considero que el monto del subsidio se calculó incorrectamente.

4. Utilice el espacio a continuación para explicar por qué considera usted que la determinación de la División de Vivienda y Renovación Comunitaria (HCR) fue incorrecta. También puede adjuntar páginas adicionales si es necesario. Deberá proporcionar copias de toda la documentación escrita que respalde su afirmación. (Por favor, no envíe ningún documento original.)

Certificación:

He leído la información registrada en esta solicitud y declaro bajo protesta de decir verdad que, a mi leal saber y entender, esta solicitud de apelación es fiel, correcta y precisa. Entiendo y acepto que el registro de mi nombre a continuación por medios electrónicos constituye mi firma y la presentación de esta solicitud de apelación. Asimismo, declaro bajo protesta de decir verdad que soy el arrendatario de esta vivienda en cuestión, o que soy el representante autorizado del arrendatario de dicha vivienda y que estoy autorizado para firmar y presentar esta solicitud ante la División de Vivienda y Renovación Comunitaria del Estado de Nueva York.

Solicitante

Fecha

Anexo “A”: Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID: Autorización para la divulgación de información al representante autorizado para la apelación

Fecha: _____

No. de Confirmación: _____

Nombre del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Teléfono del solicitante: _____

Dirección de correo electrónico del solicitante (opcional): _____

Instrucciones: Usted puede autorizar a una trabajadora social, un abogado u otro representante legal a fin de presentar una apelación con respecto a una determinación hecha por el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID en su representación. Para ello, proporcione a continuación el nombre, la organización (si corresponde), el domicilio, el número telefónico y la dirección de correo electrónico (opcional) de su representante, y luego firme este documento. Su Representante autorizado también debe firmar este documento.

Nota: Este formulario debe ser llenado en inglés.

Información del representante autorizado:

Nombre: _____

Organización (si corresponde): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Por medio de la presente autorizo a la persona arriba designada para actuar como mi representante en relación con el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID, hasta que yo revoque esta autorización.

Entiendo que, al firmar este documento, estoy autorizando a la persona arriba designada para apelar a una determinación tomada por el Programa de Ayuda para el Alquiler por COVID, así como para comunicarse en mi representación con la División de Vivienda y Renovación Comunitaria del Estado de Nueva York y sus representantes a fin de facilitar el trámite de mi apelación ante dicho Programa.

Entiendo que podré revocar toda esta autorización o parte de ella en cualquier momento con solo notificarlo por escrito a la División de Vivienda y Renovación Comunitaria del Estado de Nueva York, enviando un mensaje de correo electrónico a covidrentrelief@hcr.ny.gov.

Solicitante

Fecha

Representante autorizado

Fecha