



Homes and Community Renewal

ЭНДРЮ М. КУОМО
Губернатор

РУТАНН ВИСНАУСКАС
Комиссар / генеральный директор

Продление программы предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID. Форма апелляции

Инструкция. Используйте эту форму, чтобы обжаловать отказ в принятии заявки или расчет суммы субсидии по Программе предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID. Если вы считаете, что ваша заявка была отклонена по ошибке или что сумма субсидии, которую вам одобрили, была рассчитана неправильно, у вас есть 7 (семь) рабочих дней с момента получения уведомления об отказе или выплате, чтобы подать эту форму апелляции.

Вы можете найти дополнительную информацию на нашем сайте, <https://hcr.ny.gov/rrp>. Обратите внимание, что апелляции не будут рассматриваться, если финансирование Программы предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID исчерпано.

Заполните все разделы этой формы. Подать апелляцию можно следующим образом:

загрузить заполненную форму апелляции и все необходимые документы через сайт <https://covidrentreliefappeals.hcr.ny.gov>

Форму апелляции и все необходимые документы необходимо отправить вместе, либо загрузив через указанный выше сайт, либо по почте. Убедитесь в том, что вы вложили все документы, подтверждающие вашу апелляцию, так как у вас не будет возможности подать дополнительную документацию.

Примечание: эта форма переведена на испанский, китайский, бенгальский, корейский, гаитянский, креольский и русский языки. Переведенные формы доступны по ссылке <https://hcr.ny.gov/crrp-translated-appeal-information>, но заполнять эту форму необходимо на английском языке.

1. Информация о заявителе:

Номер подтверждения: _____

Имя и фамилия: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Адрес эл. почты (необязательно): _____

Вы можете поручить социальному работнику, адвокату или другому личному представителю подать апелляцию в отношении Программы предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID от вашего имени. Для этого вам необходимо указать имя и фамилию

представителя, название организации (если есть), адрес, номер телефона и адрес электронной почты (необязательно) и подписать эту форму. Ваш уполномоченный представитель также должен подписать эту форму.

См. «Программа предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID. Форма передачи уполномоченному представителю права на подачу апелляции» в конце этого заявления (Приложение А). Обратите внимание, что форму передачи уполномоченному представителю права на подачу апелляции (Приложение А) необходимо заполнить на английском языке.

2. Информация о представителе (если есть):

Имя и фамилия: _____

Организация: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Адрес эл. почты (необязательно): _____

3. Выберите причину, по которой вы подаете апелляцию, из приведенных ниже вариантов:

А. Я считаю, что мне по ошибке отказали в помощи:

- Мое основное арендованное жилье находится в штате Нью-Йорк.
- Мне неправильно рассчитали долю арендной платы.
- Мне неправильно рассчитали доход до 1 марта 2020 года.
- Мне неправильно рассчитали текущий доход.
- Мой доход в течение периода, за который предоставляется субсидия, был другим или больше, чем доход до марта 2020 года.
- Другое.

В. Я считаю, что сумма субсидии рассчитана неправильно.

4. Объясните в приведенном ниже поле, почему вы считаете, что Департамент жилищно-коммунального хозяйства ошибся в расчетах. При необходимости можете приложить еще один лист. Вам необходимо приложить копии любой письменной документации, сопровождающей ваше заявление (не присылайте оригиналы).

Подтверждение:

Я ознакомился(-лась) с информацией в этом заявлении и подтверждаю, что, насколько мне известно, данные в форме апелляции указаны верно, точно и в полном объеме. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что указание ниже в электронном формате моего имени и фамилии означает, что я подписываю и подаю настоящее заявление об апелляции. Также я подтверждаю, что являюсь арендатором указанного помещения или что я являюсь уполномоченным представителем арендатора указанного помещения, и что у меня есть полномочия подписывать и подавать это заявление в Отдел обновления жилья и жилого фонда штата Нью-Йорк.

Заявитель_____
Дата**Приложение А. Программа предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID. Передача уполномоченному представителю права на подачу апелляции**

Дата:

№ подтверждения:

Имя и фамилия заявителя:

Адрес заявителя:

Номер телефона заявителя:

Адрес эл. почты заявителя (необязательно):

Инструкция. Вы можете поручить социальному работнику, адвокату или другому личному представителю подать апелляцию в отношении решения по Программе предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID от вашего имени. Для этого вам необходимо ниже указать имя и фамилию представителя, название организации (если есть), адрес, номер телефона и адрес электронной почты (необязательно) и подписать эту форму. Ваш уполномоченный представитель также должен подписать эту форму.

Обратите внимание! Форму необходимо заполнять на английском языке.Информация об уполномоченном представителе:

Имя и фамилия: _____

Организация (если есть): _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Адрес эл. почты (необязательно):

Настоящим я предоставляю вышеуказанному лицу полномочия выступать в качестве моего представителя в отношении Программы предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID до тех пор, пока я не отзову такие полномочия.

Я понимаю, что подписывая эту форму, я предоставляю вышеуказанному лицу полномочия подавать апелляцию в отношении решения по Программе предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID и связываться от моего имени с Отделом обновления жилья и жилого фонда штата Нью-Йорк и его агентами для обеспечения рассмотрения моей апелляции в отношении Программы предоставления субсидий на арендную плату в связи с пандемией COVID.

Я понимаю, что я могу отозвать все или часть таких полномочий в любой момент, уведомив об этом Отдел обновления жилья и жилого фонда штата Нью-Йорк в письменном виде по электронной почте: covidrentrelief@hcr.ny.gov.

Заявитель

Дата

Уполномоченный представитель

Дата