



# Homes and Community Renewal

ANDREW M. CUOMO  
Governor

RUTHANNE VISNAUSKAS  
Commissioner/CEO

## COVID Rent Relief Program

### Expanded Applicant Attestation: High Rent Burden

#### A. 신청방법

COVID 임대료 구제 프로그램(CRRP)의 신청자는 프로그램으로 부터 전화, 이메일 또는 우편으로 통보받은 경우 이 양식을 작성해야 합니다. 귀하와 귀하 가정의 각 성인 구성원은 신청서를 작성해야 지원 자격 여부를 확인 받을 수 있습니다. 귀하는 신청서에 월 임대료가 COVID 이전(2020년 4월 1일 이전) 월 소득의 60%를 초과했다고 보고했습니다.

참고로 이 양식은 영어로 작성되어야 합니다. 번역이나 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 다음의 전화번호로 연락하십시오. (833) 499-0318.

COVIDRRP 대기자 명단에 등록된 후, 신청자는 필요한 모든 항목을 완료하고 이 양식을 받은 날로부터 7일 이내에 양식을 제출해야 합니다. 이 양식은 프로그램에서 받은 이메일에 설명된 대로 신청자 포털 또는 우편으로 제출해야 합니다. 제출 방법에 대해 궁금한 사항이 있으시면 다음의 번호로 문의하십시오. (833) 499-0318.

#### B. 신청자 정보 (필수)

신청자의 이름: \_\_\_\_\_

신청자 주소: \_\_\_\_\_

전화 번호: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

COVIDRRP 신청 번호: \_\_\_\_\_  
(COVIDRRP 웹 사이트를 통해 신청서를 제출한 경우에만)

신청서를 제출한 방법은 무엇입니까? \_\_\_\_ 서면 \_\_\_\_ 온라인 포털

**항목 C: 임대료 부담(소득의 60% 이상 임대료 부담이 있는 경우 필수)**

나는 위의 주소로 매월 임대료를 다음과 같이 지불하는 것을 증명한다:

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

위 임대료는 100% 본인에게서 지출되며 룸메이트, 가족, 자선/비영리 단체 또는 지역, 주 또는 연방 프로그램을 포함해 어떤 다른 개인이나 조직이 이 임대료 지불에 기여하지 않는다는 것을 증명합니다.

**항목 D. 서명 (필수)**

**선서:**

본인은 법률상 제공된 정보가 사실이며 완전하다는 것을 법률에 따라 규정하고 있음을 증명합니다. 나는 모든 소득이나 임대료 지불을 공개하지 않을 경우, 나는 부적절하게 받은 혜택의 전체 금액과 이자를 포함해 State of New York 에 상환 할 책임이 있을 수 있음을 이해하고 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
세입자/가구 구성원

\_\_\_\_\_  
날짜