**Proveedores de Asistencia de Alquiler CDBG-CV3 2020**

**Ciudad de Dalton**

## **Lista de Verificación de Solicitud Inicial**

**Por favor envie lo siguiente:**

☐Solicitud del Programa y Formulario de Admisión (complete todas las preguntas).

☐Formulario de Certificación de Duplicación de Beneficios.

☐Autorización para la Divulgación de Información.

☐Formulario de Certificación de Ingresos de Trabajo por Cuenta Propia o Formulario de

 Certificación de Ingresos Cero (solo si corresponde).

☐Formulario de Verificación del Propietario.

☐Documentación del Impacto de COVID-19:

* Si experimentó una pérdida de ingresos debido a COVID-19, envíe un aviso o correo electrónico de su empleador que documente la pérdida del trabajo, la licencia, el cierre, la reducción de horas u otra documentación que respalde su pérdida de ingresos debido a COVID-19.
* Si no puede pagar el alquiler o los servicios públicos debido a un costo médico inesperado, envíe su factura médica.

☐Documentación de Ingresos:

* Los ingresos del hogar se definen como todos los ingresos de adultos (mayores de 18 años) para aquellos que residen en la ubicación en el contrato de arrendamiento.
* Recibos de pago, declaraciones de pensión, cartas de concesión del seguro social, cartas de desempleo y / o documentación de cualquier otro ingreso familiar para todos los adultos mayores de 18 años **antes** de que experimentara una pérdida de ingresos debido a COVID.
* Últimos 60 días de comprobantes de pago, declaraciones de pensión, cartas de concesión del seguro social, cartas de desempleo y / o documentación de cualquier otro ingreso familiar para todos los adultos mayores de 18 años.
	+ Si trabaja por cuenta propia, envíe el Formulario de Certificación de Trabajo por Cuenta Propia.
	+ Si no tiene ingresos, envíe el Formulario de Certificación de Ingresos Cero.

**Tenga en cuenta que se le puede solicitar que envíe documentación adicional. La agencia de asistencia para el alquiler que lo asiste también se comunicará con el propietario para obtener documentación.**

**Programa de Asistencia de Alquiler COVID de la Ciudad de Dalton**

**Formulario de Solicitud y Admisión**

Apellido: Complete el Apellido aquí MI: Ingrese la inicial del Segundo Nombre aquí

Nombre: Complete el Nombre aquí

Dirección Física: Ingrese la Dirección Física Aquí

Ciudad: Ingrese la Ciudad aquí Estado: Seleccione Estado Código Postal: Ingrese Código Postal

# de Teléfono de Casa: Ingrese el # de Teléfono de Casa #Celular: Ingrese el # de Teléfono Celular Correo Electrónico: Ingrese la dirección de correo electrónico

Número de dormitorios en la unidad mencionada anteriormente: Ingrese el # de dormitorios

**Sección 1: Información de Asistencia**

El Programa de Asistencia de Alquiler de la Ciudad de Dalton atiende a personas elegibles que, debido a la emergencia de COVID-19, ahora carecen de ingresos o recursos suficientes para pagar el alquiler. Indique qué circunstancia se aplica marcando la casilla correspondiente a continuación:

☐Se requiere estar en cuarentena según el diagnóstico de COVID-19.

☐Se requiere auto-cuarentena en base a una Directiva del Gobernador, el consejo de un proveedor de atención médica o el consejo o directiva de una autoridad de salud pública local o estatal, la directiva de un agente de la ley, o tiene motivos para creer que la cuarentena es lo mejor para la salud pública y la seguridad humana debido a una exposición o actividad de alto riesgo.

☐Requerido para auto-cuarentena basado en edad mayor de 65 años o condición de salud que lo coloca en mayor riesgo de COVID-19.

☐Sufrió una pérdida sustancial de ingresos por COVID-19, que incluye:

o Pérdida de empleo;

o Reducción de la compensación;

o Cierre del lugar de trabajo;

☐Obligación de ausentarse del trabajo para cuidar de un niño en edad escolar confinado en el hogar; u otras circunstancias pertinentes: Ingrese las razones aquí si corresponde

☐Experimentó un gran costo médico inesperado relacionado con COVID-19.

Explique o aclare brevemente su reducción de ingresos o gastos médicos inesperados. Si sufre una reducción de ingresos debido a la reducción de los ingresos laborales, indique el nombre del empleador u otra fuente de ingresos perdidos o reducidos: Explica brevemente aquí. Utilice tantas líneas como necesite

Documentación requerida: Adjunte un aviso o correo electrónico de su empleador que documente la pérdida del trabajo, licencia, cierre, reducción de horas u otra documentación que respalde su pérdida de ingresos debido a COVID-19. Si no puede pagar el alquiler debido a un costo médico inesperado, adjunte la factura médica.

Marque el tipo de asistencia de alquiler con la que necesita ayuda:

 ☐Alquiler actual - Monto: Ingrese la cantidad aquí ☐Alquiler moroso - Monto: Ingrese la cantidad aquí

Enumere cualquier asistencia de alquiler permanente o temporal que reciba actualmente, como un vale de elección de vivienda (Sección 8) u otra asistencia de alquiler. Si su asistencia para el alquiler se basa en ingresos como un vale de elección de vivienda de la Sección 8, indique si le ha informado al proveedor que sus ingresos han cambiado al solicitar un ajuste de su alquiler (recertificación provisional) y el resultado de esa solicitud (si su alquiler fue ajustado). Ingrese la lista de otras ayudas que se brindan aquí

Enumere cualquier asistencia de **emergencia** para el alquiler que haya solicitado y el resultado de esa solicitud (si recibió asistencia). Ingrese la lista aquí

**Sección 2: Información del hogar**

Enumere todas las personas que residen en su hogar. La primera línea es para el jefe de familia (HoH).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| #  | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre |  Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza | Código de Etnia |
| HoH | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | YO | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza | Código de Etnia |
| 1 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza | Código de Etnia |
|  2 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza | Código de Etnia |
| 3 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza | Código de Etnia |
|  4 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza | Código de Etnia |
|  5 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza usando la tabla abajo | Código de Etnia usando la tabla abajo |
|  6 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza usando la tabla abajo | Código de Etnia usando la tabla abajo |
|  7 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza usando la tabla abajo | Código de Etnia usando la tabla abajo |
|  8 | Coloque Apellido | Nombre e Inicial del Segundo Nombre | Genero | Como relacionado con HOH | Fecha de Nacimiento | Numero completo de Seguro Social | Código de Raza usando la tabla abajo | Código de Etnia usando la tabla abajo |

|  |  |
| --- | --- |
| **Códigos de Raza:** | **Códigos de Etnia:** |
| 1. Blanco o Caucásico
 | 1. Negro o Afroamericano
 | 0 – No Hispano o Latino |
| 1. Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
 | 1. Indio Americano / Nativo de Alaska
 | 1 – Hispano o Latino |
| 1. Asiático
 | 1. Multirracial
 |  |
| 1. Desconocido
 | 1. Hispano o Latino
 |  |
| \* Si esta persona no conoce su número de seguro social o se niega a compartirlo, indique "no sabe" o "rechazar" en este campo. La elección de no compartir un número de seguro social no afectará de ninguna manera la elegibilidad para recibir asistencia. |

¿Alguno de los miembros del hogar antes mencionados tiene alguna de las siguientes discapacidades? Si es así, marque la casilla y anote qué miembro del hogar usando el número de hogar de la primera columna del cuadro anterior. La elección de no compartir información sobre la discapacidad no afectará de ninguna manera la elegibilidad para recibir asistencia.

☐ Abuso de alcohol: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

☐ Condición de salud crónica: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

☐ Desarrollo: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

☐ Abuso de drogas: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

☐ VIH / SIDA: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

☐ Problema de salud mental: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

 ☐ Físico: En caso afirmativo, número (s) de miembro del hogar: Ingrese el número aquí

**Sección 3: Ingresos del Hogar (Mensual)**

Indique los ingresos BRUTOS (antes de impuestos) de TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años. La primera línea es para el Jefe de Familia (HoH).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| #  | A) Empleo oSalarios (incluidas horas extra, bonificaciones, comisiones y propinas) | (B) Seguro Social, Beneficios por Discapacidad del mentor de Jubilación | (C) Desempleo, TANF u otra Asistencia Pública | (D) Otros Ingresos |
|  (HoH). |  Ingrese el Monto aquí | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  |
| 2 |  Ingrese el Monto aquí | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  |
| 3 |  Ingrese el Monto aquí | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  |
| 4 |  Ingrese el Monto aquí | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  | Ingrese el Monto aquí  |
| Total | Sume los totales aquí  | Sume los totales aquí | Sume los totales aquí | Sume lostotales aquí |
| Sume los totales desde (A) hasta (D) arriba. Ingresos Totales: | Sume el gran total aquí  |
| **Documentación requerida:** Adjunte los recibos de pago de los últimos 60 días para todos los adultos mayores de 18 años, estado de cuenta (s) de pensión, carta (s) de concesión del seguro social, carta (s) de desempleo y / o documentación de cualquier otro ingreso familiar. Si trabaja por cuenta propia, complete el formulario de Certificación de trabajo por cuenta propia. Si no tiene ingresos, complete el formulario de Certificación de cero ingresos. |

**Sección 4: Bienes del Hogar**

Este programa está restringido a hogares elegibles cuyos activos fácilmente disponibles (cheques, ahorros, etc.) no excedan los $ 7,500. Los activos disponibles incluyen, entre otros, el total de dinero en bancos, cooperativas de crédito, certificado de depósito y efectivo disponible para todos los miembros del hogar. La primera línea es para el jefe de familia (HoH).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # |  A) Cuenta (s) de Cheques |  (B) Cuenta (s) de ahorro |  (C) Mercado Monetario o CD (s) | ( D) Efectivo u otros Activos Líquidos |
| HOH |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |
| 2 |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |
| 3 |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |
| 4 |   Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |  Ingrese Monto aquí.  |
| Total |  Sume los totales aquí.  |  Sume los totales aquí |  Sume los totales aquí.  |  Sume los totales aquí |
| Sume los totales desde (A) hasta (D) arriba. Ingresos totales: |  Ingrese el Gran Total aquí |

**Sección 5: Preguntas Adicionales (***complete* *las siguientes preguntas****)***

1. ¿Alguno de los adultos del hogar es veterano? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique los adultos con estatus de veterano: Ingrese la lista aquí

2. ¿Necesita una derivación a un proveedor de asistencia legal que pueda ayudarlo con la asistencia legal para la vivienda (desalojo, mediación, etc.) sin costo para usted? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Tiene antecedentes de falta de vivienda? ☐ Si ☐No

En caso afirmativo, continúe con las preguntas 4-8. En caso negativo, omita las preguntas 3 a 7 y firme en la parte inferior de la página siguiente.

4. Situación de vida anterior: ¿Dónde se quedó anoche?

☐ Refugio de Emergencia ☐ Cárcel / Prisión

☐ Instalación de Sub-abuso ☐ Quedarse con / Amigos

☐ Propiedad de la Vivienda ☐ Centro Psiquiátrico

☐ Vivienda de Transición ☐ Unidad de Alquiler

☐ Hospital ☐ Hotel / Motel

☐ Quedarse con / Familia ☐Lugar no Destinado a Humanos

☐ Vivienda Permanente para-Personas sin Hogar

5. ¿Aproximadamente cuánto tiempo permaneció en su ☐ más de 7 días, pero menos de 1 mes

☐7 días o menos ☐ 1-3 meses

☐ más de 3 meses, pero menos de 1 año

 ☐ 1 año o más

6. Fecha aproximada en que comenzó la falta de vivienda: Seleccione la Fecha aquí

7. ¿Cuántas veces se ha alojado en un refugio, vivienda de apoyo, automóvil o cualquier otro lugar público no residencial en los últimos 3 años, incluido el día de hoy?

☐ Una vez ☐ Cuatro o más veces

☐ Dos veces ☐ Nunca

☐ Tres veces ☐ Yo no sé

8. ¿Cuál es el número total de meses que ha permanecido en un refugio, vivienda de apoyo, automóvil o cualquier otro lugar público no residencial en los últimos 3 años?

☐ 1-12 meses

☐ Más de 12 meses

☐ Nunca

☐ Yo no sé

Certifico que la información presentada en esta solicitud es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Certifico que aún no he recibido asistencia para el alquiler, a través del proveedor de Asistencia para el Alquiler de la Ciudad de Dalton o cualquier otro programa, que cubra los costos solicitados en esta solicitud. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. Como persona o entidad que recibe asistencia CDBG-CV3, acepto reembolsar la asistencia que se determina que es duplicada. Al firmar a continuación, esto constituye un acuerdo y cumplimiento con la política de Duplicación de Beneficios de la Ciudad de Dalton adjunta aquí.

Ingrese su Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

Firma del Solicitante / Cabeza de Familia Fecha

Ingrese su Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

Firma del Miembro Adulto Adicional del Hogar (si corresponde) Fecha

**Certificación de Duplicación de Beneficios para Fondos CDBG-CV3**

**(Este formulario es obligatorio para todas las personas que reciben asistencia)**

Una duplicación de beneficios ocurre cuando una persona, hogar, empresa, gobierno u otra entidad recibe asistencia financiera de múltiples fuentes para el mismo propósito, y la asistencia total recibida para ese fin es mayor que la necesidad total de asistencia. La duplicación de beneficios ocurre cuando se brinda asistencia financiera federal a una persona o entidad a través de un programa para abordar pérdidas y la persona o entidad ha recibido (o recibiría, actuando razonablemente para obtener la asistencia disponible) asistencia financiera por los mismos costos de cualquiera otra fuente (incluido el seguro), y el monto total recibido excede la necesidad total de esos costos.

La Ley CARES requiere que HUD se asegure de que existan procedimientos adecuados para evitar la duplicación de beneficios como lo requiere la sección 312 de la Ley Stafford, según enmendada por la sección 1210 de la Ley de Reforma de Recuperación por Desastre de 2018 (división D de la Ley Pública 115 -254; 42 USC 5121 et seq.) Y todos los avisos del Registro Federal aplicables, incluido FR-6218-N-01.

HUD requiere que cada concesionario cuente con procedimientos para evitar la duplicación de beneficios cuando brinda asistencia financiera con fondos CDBG-CV3. Los fondos de la subvención no pueden usarse para pagar un costo si hay otra fuente de asistencia financiera disponible para pagar el mismo costo.

**Esta certificación debe ser completada por cualquier sub-beneficiario, individuo o familia, empresa, beneficiario directo u otra entidad que reciba asistencia y sirva para documentar el cumplimiento del requisito de la Ley CARES para asegurar que existen procedimientos adecuados para prevenir cualquier duplicación de beneficios como requerido por la sección 312 de la Ley Stafford, enmendada por la sección 1210 de la Ley de Reforma de Recuperación por Desastre de 2018 (división D de la Ley Pública 115-254; 42 USC 5121 et seq.) y todos los avisos del Registro Federal aplicables, incluyendo FR-6218 -N-01.**

YO, Ingrese información aquí

(Nombre de la persona, propietario (s) de la empresa, sub-beneficiario (Entidad de servicios sociales públicos), sub-beneficiario, beneficiario directo, otra entidad)

Por la presente certifico que:

R. Los Fondos CV-Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario, otorgados a la Ciudad de Dalton a través de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus (Ley CARES) no duplica / reemplaza ningún otro fondo, y / o fondos de las siguientes fuentes:

1. El programa de protección de cheques de pago

2. Beneficios de compensación por desempleo

3. Reclamaciones / ingresos de seguros

4. Fondos de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)

5. Fondos de la Administración de Pequeñas Empresas

6. Otros fondos federales, estatales o locales

7. Otros fondos sin fines de lucro, del sector privado o caritativos.

B. Además, esta certificación ejecutada sirve para reconocer que cualquier sub-beneficiario, sub-beneficiario, individuo o familia, negocio, beneficiario directo u otra entidad entiende y acepta que los fondos CDBG-CV3 deben ser reembolsados si se determina que dicha asistencia se determina para ser duplicativo.

Ingrese su Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

 Firma y fecha de:

(Individuo, dueño (s) de negocios, sub-beneficiario (Entidad de Servicio Social Público), sub-beneficiario, beneficiario directo u otra entidad)

**Programa de Asistencia de Alquiler COVID de la Ciudad de Dalton**

**Autorización para la Divulgación de Información**

Apellido: Complete el Apellido aquí MI: Ingrese el Segundo Nombre aquí Nombre: Ingrese el Nombre aquí

Dirección: Ingrese la Dirección aquí Ciudad: Ingresa Ciudad Aquí Estado: Ingresa Estado aquí Código Postal**:** Ingrese Código Postal aquí

El Programa de Asistencia de Alquiler COVID de la Ciudad de Dalton remitirá los pagos del alquiler en nombre de los beneficiarios aprobados del programa directamente al arrendador o propietario del beneficiario. Una solicitud completa de asistencia para el alquiler incluye el papeleo que debe ser completado y presentado por el propietario o propietario del solicitante. Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo al proveedor del programa a que se comunique con el propietario y / o el propietario de la propiedad para solicitar información, que incluye, entre otros, información sobre el alquiler y el pago, y por la presente autorizo a mi propietario a divulgar dicha información. También autorizo al proveedor a divulgar mi información a mi arrendador que se considere necesaria para completar mi solicitud y recibir asistencia. Autorizo que mi información se transmita a través de cualquier método, incluido el Servicio Postal de EE. UU., El fax y el correo electrónico.

**Propietario / Administrador de la Propiedad**

Nombre: Ingrese Nombre de Propietario aquí

Dirección: Ingrese la Dirección aquí Ciudad: Ingresa Ciudad Aquí Estado: Ingresa Estado aquí Código postal: Ingrese Código Postal aquí Teléfono: Ingrese el Número de Teléfono aquí Email: Ingrese su Correo Electrónico aquí

**Propietario**

Nombre: Ingrese el Nombre de los Propietarios aquí

Dirección: Ingrese la Dirección aquí Ciudad: Ingrese la Ciudad aquí Estado: Seleccione el Estado Código postal: Ingrese el Código Postal

Teléfono: Ingrese el Número de Teléfono aquí Correo Electrónico: Ingrese la Dirección de Correo Electrónico

**Monto de Alquiler Mensual**: Ingrese el Alquiler Mensual aquí

Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo además al proveedor de este programa a divulgar información sobre mi solicitud y el estado del destinatario del programa a los patrocinadores del programa, según se considere necesario, para cumplir con los requisitos de la subvención. Entiendo que mi autorización permanecerá vigente desde la fecha de mi firma hasta la duración de mi participación en el programa, y que la información se manejará de manera confidencial de conformidad con todas las leyes estatales y federales aplicables. Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento mediante comunicación escrita y fechada,

He leído y entiendo que, al firmar a continuación, certifico que estoy dando permiso para que el proveedor obtenga o comparta información para asistencia de emergencia con el alquiler.

Ingrese la Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

**Firma del Solicitante / Cabeza de Familia Fecha**

Ingrese la Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

**Firma del Miembro Adulto Adicional del Hogar (si corresponde) Fecha**

**Programa de Asistencia de Alquiler COVID de la Ciudad de Dalton**

**Formulario de Certificación de Trabajo por Cuenta Propia**

**Complete Si Corresponde**

Fecha: Ingrese la Fecha aquí Apellido: Ingrese Apellido aquí MI: Ingrese la Inicial del Segundo Nombre aquí Nombre: Ingrese el Nombre aquí

Dirección: Ingrese la Dirección aquí Ciudad: Ingrese la Ciudad aquí Estado: Seleccione el Estado Código Postal: Ingrese el Código Postal

Nombre de la Empresa: Introduzca aquí el Nombre de la Empresa

Fecha de Apertura de la Empresa: Seleccione la Fecha aquí

Tipo de Negocio: Ingrese el Tipo de Negocio aquí

Posición / Ocupación: Ingrese Posición / Ocupación aquí

Número de Identificación Fiscal: Ingrese la Identificación Fiscal aquí

1. Ingresos Mensuales Netos Pasados (promedio de 3 meses antes de COVID-19) $ Ingrese el Monto aquí

2. Reducción del Ingreso Mensual Neto debido a COVID-19 $ Ingrese el Monto aquí

3. Adjunte Extractos Bancarios justificativos

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude.

Ingrese la Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

Firma del Solicitante / Cabeza de Familia Fecha

Ingrese la Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

Firma del Miembro Adulto Adicional del Hogar (si corresponde) Fecha

**Programa de Asistencia de Alquiler COVID de la Ciudad de Dalton**

**Formulario de Certificación de Ingresos Cero**

**Complete Si Corresponde**

Fecha: Ingrese la Fecha aquí

Apellido: Ingrese el Apellido aquí MI: Ingrese la Inicial del Segundo Nombre aquí Nombre: Ingrese el Nombre aquí

Dirección: Ingrese la Dirección aquí Ciudad: Ingrese la Ciudad aquí Estado: Seleccione el Estado Código Postal: Ingrese el Código Postal

1. Por la presente certifico que mi hogar no recibe ingresos de ninguna de las siguientes fuentes:

• a. Salarios del empleo (incluidas comisiones, propinas, bonificaciones, tarifas, etc.).

• b. Ingresos por operación de una empresa.

• c. Ingresos por alquiler de bienes inmuebles o muebles.

• d. Intereses o dividendos de activos.

• e. Pagos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por fallecimiento.

• f. Pagos por desempleo o invalidez.

• g. Pagos de asistencia pública.

• h. Asignaciones periódicas como pensión alimenticia, manutención de niños o regalos recibidos de personas que no viven en mi hogar.

• i. Ventas de recursos de autónomos (Avon, Mary Kay, eBay, etc.).

• j. Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente.

2. Actualmente, mi hogar no tiene ingresos de ningún tipo y no se espera ningún cambio inminente en mi situación económica o laboral.

Certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude.

Ingrese la Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

Firma del Solicitante / Cabeza de Familia Fecha

Ingrese la Firma aquí Ingrese la Fecha aquí

Firma del Miembro Adulto Adicional del Hogar (si corresponde) Fecha

**Programa de Asistencia de Alquiler COVID de la Ciudad**

**de Dalton Formulario de Verificación del Propietario**

Instrucciones: Los Propietarios o Administradores de Propiedades deben enviar por correo electrónico este formulario completo junto con el formulario W9 del propietario y el formulario ACH (si lo desea EFT) al proveedor de asistencia de vivienda que atiende a su inquilino. Si selecciona transferencia electrónica de fondos (EFT), confirme con el proveedor de su inquilino que pueden procesar EFT.

Fecha: Ingrese la Fecha aquí Nombre del Propietario de la Propiedad: Ingrese el Nombre del Propietario aquí

Nombre del Propietario / Administrador de la Propiedad: Ingrese el Nombre del Propietario / Administrador de la Propiedad aquí

Dirección del Administrador de la Propiedad: Ingrese la Dirección del Administrador de la Propiedad aquí

Ciudad: Ingrese la Ciudad aquí Estado: Seleccione el Estado Código Postal: Ingrese el Código Postal

# De Teléfono: Ingrese el # de Teléfono aquí

Nombre del Inquilino: Ingrese el Nombre del Inquilino aquí

Dirección de la Unidad de Alquiler: Ingrese la Dirección de la Propiedad Ciudad Ingrese la Ciudad aquí Estado: Seleccione el Estado Código Postal: Ingrese el Código Postal

Número de Dormitorios en la Unidad de Alquiler Enumerados Arriba: Ingrese el Número de Dormitorios

Monto del Alquiler Mensual: $ Ingrese el Monto aquí Fecha de Vencimiento del Próximo Pago: Ingrese la Fecha aquí

Monto del Último Pago recibido: $ Ingrese aquí el Monto del Último Pago Fecha del Último Pago: Ingrese la Fecha aquí

Fecha de Inicio del Arrendamiento: Fecha de inicio del Arrendamiento: Introduzca la Fecha aquí

Fecha de Finalización del Arrendamiento: Fecha de Finalización del Arrendamiento: Introduzca la Fecha aquí

¿Está el Inquilino en Mora? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿Cuánto debe el Inquilino? Ingrese el Monto aquí

¿Recibe actualmente alguna otra forma de Asistencia de Alquiler para este hogar? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuánto ha recibido? $ Ingrese la Cantidad aquí por Ingrese por Artículo aquí

¿Cómo desea recibir el pago?

☐ Transferencia Electrónica de Fondos (complete el formulario ACH adjunto - esta es la forma de pago más rápida)

☐ Cheque hecho a Ingrese Nombre aquí y enviado a la dirección anterior.

El abajo firmante certifica que, a su leal saber y entender, el apartamento mencionado anteriormente no contiene violaciones de salud o seguridad que amenacen la salud o seguridad del inquilino. El abajo firmante certifica que no ha recibido pagos de alquiler, del proveedor de Asistencia de Alquiler de la Ciudad de Dalton o de cualquier otro programa, que cubra el alquiler impago mencionado anteriormente. El abajo firmante acepta que no desalojará al inquilino, no le dará al inquilino un aviso de cinco días ni le pedirá de ninguna manera al inquilino que se vaya mientras dure esta asistencia. El abajo firmante acepta que, si el inquilino enfrenta un desalojo, el abajo firmante solo aceptará pagos atrasados si se evita el desalojo. El abajo firmante confirma que la información anterior es verdadera y precisa según su leal saber y entender y que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude.

**Ingrese Nombre aquí. Ingrese el Título aquí**

Nombre Titulo

**Ingrese su Nombre aquí Ingrese la Fecha aquí**

Firma Fecha