



¡VELATORIO DE LA CASA! PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA COVID-19

Aplicación de inquilino

¡La casa despierta! El Programa de Asistencia Financiera COVID-19 se enfoca específicamente en la prevención del desalojo y la asistencia a los servicios públicos. Este programa proporciona asistencia financiera a inquilinos, propietarios y compañías de servicios públicos para cubrir los déficits de alquiler y servicios públicos resultantes de una dificultad financiera directa o indirectamente debido a COVID-19. Los hogares que califiquen deben tener ingresos que no excedan el 80% del ingreso medio del área, con prioridad dada a los hogares con ingresos inferiores al 50% ami. , Si tiene preguntas sobre esta aplicación o necesita ayuda, llame a Telamon al (919) 899-9911. NOTA: Gran parte de la correspondencia para este Programa es por CORREO ELECTRÓNICO, así que revise su carpeta de correo electrónico no deseado si no ha recibido ningún correo electrónico de Neighborly Software o de housing@telamon.org.

Los criterios de elegibilidad tanto para el inquilino como para el propietario se describen en los dos conjuntos de criterios a continuación. Antes de proceder, se recomienda que ambas partes discutan y acuerden que están dispuestas y son capaces de proceder y que ambas completarán la solicitud en línea, proporcionarán todos los elementos requeridos y cumplirán con todos los términos requeridos.

Criterios de elegibilidad para el inquilino:

1. Debe ser residente del Condado de Wake, con prueba de residencia y residir en la propiedad que está en mora como residencia principal y;
2. Uno o más adultos en el hogar deben haber calificado para los beneficios de desempleo o haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar, incurrido en costos significativos o experimentado otras dificultades financieras debido directamente al brote de coronavirus que se puede documentar y;
3. Uno o más adultos en el hogar deben poder demostrar un riesgo de experimentar falta de vivienda o inestabilidad de la vivienda, como un aviso de alquiler o servicio público vencido, un aviso de pago de alquiler o renuncia, un aviso de desalojo emitido por el tribunal o la incapacidad documentada para pagar el alquiler potencial y;
4. Debe ser capaz de proporcionar un contrato de arrendamiento o contrato de alquiler completamente ejecutado cuando el contrato de arrendamiento esté a nombre del Solicitante y el Solicitante sea responsable de los pagos mensuales del alquiler y;
5. Los ingresos del hogar deben caer en o por debajo de estos tramos:

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos 80%	\$53,600	\$61,250	\$68,900	\$76,550	\$82,700	\$88,800	\$94,950	\$101,050

6. Debe leer y aceptar los Términos y Condiciones completos que se describen antes de la presentación de la solicitud.

Criterios de elegibilidad para el propietario:

1. Debe proporcionar un W-9 válido para el pago al propietario de la propiedad de alquiler.
2. Debe confirmar que cualquier atraso de alquiler presentado para su consideración es solo para propiedades del Condado de Wake.
3. Debe leer y aceptar los Términos y Condiciones completos que se describen antes de la presentación de la solicitud.

Información del solicitante

Proporcione la siguiente información.

NOMBRE DEL SOLICITANTE		M.I.	APELLIDO DEL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN POSTAL				APROPIADO. #
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NÚMERO DE TELÉFONO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
FECHA DE NACIMIENTO	¿EMPLEADO?	EMPLEADOR ACTUAL		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR		ORIGEN ÉTNICO	GÉNERO	
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> El hijo de HH <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de HH <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No relacionado		<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Eligió no responder	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Eligió no responder	
RAZA				
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska y negro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Eligió no responder		
¿CÓMO TE ENTERASTE DEL PROGRAMA?				
<input type="checkbox"/> Familia o amigo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Propietario/Administrador de la Propiedad <input type="checkbox"/> Redes sociales		<input type="checkbox"/> Televisión/Radio <input type="checkbox"/> Referido por otra agencia <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE UNA COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO DURANTE AL MENOS 90 DÍAS?		¿ESTÁ DISCAPACITADO?	¿ERES UN VETERANO?	NÚMERO DE HABITACIONES EN LA UNIDAD:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información del hogar

Los solicitantes deben revelar TODOS los miembros del hogar que residen en la unidad

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR NOMBRE ¹		M.I.	APELLIDO DE OTRO MIEMBRO DEL HOGAR ¹	
FECHA DE NACIMIENTO	¿EMPLEADO?	EMPLEADOR ACTUAL		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR		ORIGEN ÉTNICO		GÉNERO
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> El hijo de HH <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de HH <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No relacionado		<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Eligió no responder		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Eligió no responder
RAZA				
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska y negro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano			<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Eligió no responder	
¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE UNA COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO DURANTE AL MENOS 90 DÍAS?		¿ESTÁ DISCAPACITADO?	¿ERES UN VETERANO?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR NOMBRE ²		M.I.	OTRO MIEMBRO DEL HOGAR APELLIDO ²	
FECHA DE NACIMIENTO	¿EMPLEADO?	EMPLEADOR ACTUAL		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR		ORIGEN ÉTNICO		GÉNERO
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> El hijo de HH <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de HH <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No relacionado		<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Eligió no responder		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Eligió no responder

RAZA		
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska y negro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Eligió no responder	
¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE UNA COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO DURANTE AL MENOS 90 DÍAS?	¿ESTÁ DISCAPACITADO?	¿ERES UN VETERANO?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR NOMBRE ³		M.I.	APELLIDO DE OTRO MIEMBRO DEL HOGAR ³	
FECHA DE NACIMIENTO	¿EMPLEADO?	EMPLEADOR ACTUAL		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR		ORIGEN ÉTNICO		GÉNERO
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> El hijo de HH <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de HH <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No relacionado		<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Eligió no responder		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Eligió no responder
RAZA				
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska y negro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Eligió no responder		
¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE UNA COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO DURANTE AL MENOS 90 DÍAS?		¿ESTÁ DISCAPACITADO?	¿ERES UN VETERANO?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR NOMBRE ⁴	M.I.	APELLIDO DEL OTRO MIEMBRO DEL HOGAR ⁴

FECHA DE NACIMIENTO	¿EMPLEADO?	EMPLEADOR ACTUAL	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR		ORIGEN ÉTNICO	GÉNERO
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> El hijo de HH <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de HH <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No relacionado		<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Eligió no responder	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Eligió no responder
RAZA			
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska y negro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Eligió no responder	
¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE UNA COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO DURANTE AL MENOS 90 DÍAS?		¿ESTÁ DISCAPACITADO?	¿ERES UN VETERANO?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Verificación de ingresos del hogar

Tiene tres opciones para informar / ingresar los ingresos de su hogar. Las tres opciones se describen a continuación y puede seleccionar una de las opciones y seguir las instrucciones para esa opción. **El ingreso familiar es el ingreso obtenido por todos dentro del hogar mayores de 18 años.**

Opción 1: Ingrese el "ingreso bruto ajustado" de su declaración de impuestos de 2020 presentada ante el IRS. La declaración debe estar firmada y las dos primeras páginas deben ser cargadas.

O

Opción 2: Medicaid, Mujeres, Bebés y Niños (WIC) beneficios Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Vivienda Subsidiada (sin incluir la elección de vivienda, basada en proyectos o vales de la Sección 8) que requirió documentación de ingresos como condición de residencia, Cualquier programa de asistencia basado en ingresos familiares estatales o federales para personas de bajos ingresos u hogares, Cualquier programa de asistencia operado localmente para personas de bajos ingresos u hogares que requiera verificación de ingresos familiares y use límites de ingresos federales. Cualquier documentación presentada debe mostrar el nombre de la persona que recibe el beneficio, la dirección de la persona que recibe el beneficio y debe haber sido emitido después del 1 de enero de 2020.

O

Opción 3: Ingrese la información de ingresos de cada miembro del hogar que informe ingresos para cada tipo de ingreso aplicable siguiendo las instrucciones a continuación. Nota: Deberá cargar documentos de respaldo para cada tipo de ingreso reportado.

Método de certificación de ingresos del hogar (obligatorio). Seleccione una de las siguientes opciones:

<input type="checkbox"/>	Certificaré los ingresos anuales de mi hogar utilizando mi Declaración De Impuestos Federales sobre la Renta 2020 y proporcionando una copia a la agencia para su verificación.
<input type="checkbox"/>	Mi hogar califica según nuestra participación en otro programa de asistencia estatal o federal basado en los ingresos, y proporcionaré documentación a la agencia para su verificación.
<input type="checkbox"/>	Certificaré los ingresos anuales de mi hogar documentando las fuentes de ingresos de cada miembro del hogar y proporcionaré documentación a la agencia para su verificación.

Información requerida SOLO para los solicitantes que seleccionan la opción 3:

Nombre del individuo	Fuente de ingresos (seleccionar)	Ingresos anuales
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos

	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Salario bruto <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación/SSI <input type="checkbox"/> Desempleo Comp. <input type="checkbox"/> Ingresos de inversión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	

Impacto de COVID-19

Seleccione las respuestas apropiadas a continuación relacionadas con un impacto de COVID-19.

Impacto en los ingresos de los arrendatarios/hogares

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El arrendatario u otros miembros del hogar han perdido ingresos debido a la pandemia de COVID-19?
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Verifique cada condición que se aplica al arrendatario u otros miembros del hogar del arrendatario que han perdido ingresos debido a la pandemia de COVID-19. Seleccione TODOS los que correspondan

<input type="checkbox"/> Han sido despedidos temporal o permanentemente
<input type="checkbox"/> Se han reducido las horas de trabajo
<input type="checkbox"/> Estaban a punto de comenzar un nuevo trabajo, pero no pudieron o fueron despedidos de un nuevo trabajo antes de establecer un historial laboral suficiente para ser elegibles para los beneficios regulares.
<input type="checkbox"/> Son trabajadores por cuenta propia, y su negocio ya no les proporciona ingresos, o dichos ingresos se han reducido.
<input type="checkbox"/> Son contratistas independientes o trabajadores temporales que no han podido ganar honorarios, o cuyos honorarios se han reducido.
<input type="checkbox"/> Se han enfermado ellos mismos o han sido aconsejados por un profesional gubernamental o médico para ponerse en cuarentena.
<input type="checkbox"/> Han tenido que dejar un trabajo o reducir las horas para cuidar a una persona que está enferma.
<input type="checkbox"/> Han tenido que dejar un trabajo o reducir las horas para cuidar a dependientes cuyas situaciones ordinarias (como la escuela o la guardería) se han visto interrumpidas.
<input type="checkbox"/> Tener una preocupación razonable sobre el riesgo de infección en el trabajo, para ellos mismos o para alguien en su hogar. (Los ejemplos incluyen individuos que viven con alguien que es anciano, tienen afecciones subyacentes que los hacen más vulnerables o están inmunocomprometidos).
<input type="checkbox"/> Had un gastomédico or funerarioinesperadorelacionado conCOVID.
<input type="checkbox"/> Tiene otras afecciones que resultan en la pérdida de ingresos debido a la pandemia de COVID-19. (Por favor describa a continuación.)

Proporcione una breve descripción de su pérdida de ingresos por COVID-19

Empty text box for providing a brief description of income loss due to COVID-19.

Solicitud de asistencia financiera

Complete la cantidad que está solicitando por cada mes de pagos de vivienda para los que necesita asistencia debido al impacto de COVID-19 en su hogar. Por ejemplo, si necesita asistencia por \$ 1,000 de alquiler perdido en noviembre de 2020, pero solo \$ 500 de alquiler perdido en diciembre de 2020, entonces llenaría \$ 1,000 en noviembre de 2020 y \$ 500 en diciembre de 2020.

¿Está solicitando asistencia para el alquiler?	¿Ha recibido un aviso de desalojo de su arrendador o compañía de administración de propiedades?	¿Su hogar ha recibido un aviso de desalojo de su arrendador?	¿Cuál es el monto actual del alquiler mensual?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la propiedad/Nombre de los apartamentos		Propietario / Número de teléfono de la propiedad	
Dirección de correo electrónico del propietario /administrador de la propiedad		Nombre del propietario/administrador de la propiedad	
Dirección del propietario/administrador de la propiedad			
Ciudad		Estado	Código postal

Solicitud de alquiler por mes (requerido)

Unpril 2020	Noviembre 2020	Junio 2021
Mayo 2020	Diciembre 2020	Julio 2021
Junio 2020	Enero 2021	Agosto 2021
Julio 2020	Febrero 2021	Septiembre 2021
Agosto 2020	Marzo 2021	Octubre 2021
Septiembre 2020	Abril 2021	Noviembre 2021
Octubre 2020	Mayo 2021	Diciembre 2021

--	--	--

Solicitud de asistencia de agua / alcantarillado / basura por mes (si se factura por separado del alquiler)

Nombre del proveedor de servicios públicos		Número de cuenta del proveedor de servicios públicos
Unpril 2020	Noviembre 2020	Junio 2021
Mayo 2020	Diciembre 2020	Julio 2021
Junio 2020	Enero 2021	Agosto 2021
Julio 2020	Febrero 2021	Septiembre 2021
Agosto 2020	Marzo 2021	Octubre 2021
Septiembre 2020	Abril 2021	Noviembre 2021
Octubre 2020	Mayo 2021	Diciembre 2021

Solicitud de asistencia de gas natural / propano por mes (si se factura por separado del alquiler)

Nombre del proveedor de servicios públicos		Número de cuenta del proveedor de servicios públicos
Unpril 2020	Noviembre 2020	Junio 2021
Mayo 2020	Diciembre 2020	Julio 2021
Junio 2020	Enero 2021	Agosto 2021
Julio 2020	Febrero 2021	Septiembre 2021

Agosto 2020	Marzo 2021	Octubre 2021
Septiembre 2020	Abril 2021	Noviembre 2021
Octubre 2020	Mayo 2021	Diciembre 2021

Solicitud de asistencia de electricidad por mes (si se factura por separado del alquiler)

Nombre del proveedor de servicios públicos		Número de cuenta del proveedor de servicios públicos	
Unpril 2020	Noviembre 2020	Junio 2021	
Mayo 2020	Diciembre 2020	Julio 2021	
Junio 2020	Enero 2021	Agosto 2021	
Julio 2020	Febrero 2021	Septiembre 2021	
Agosto 2020	Marzo 2021	Octubre 2021	
Septiembre 2020	Abril 2021	Noviembre 2021	
Octubre 2020	Mayo 2021	Diciembre 2021	

Solicitud de asistencia por Internet por mes (si se factura por separado del alquiler)

Nombre del proveedor de servicios públicos		Número de cuenta del proveedor de servicios públicos	
Unpril 2020	Noviembre 2020	Junio 2021	
Mayo 2020	Diciembre 2020	Julio 2021	
Junio 2020	Enero 2021	Agosto 2021	
Julio 2020	Febrero 2021	Septiembre 2021	
Agosto 2020	Marzo 2021	Octubre 2021	
Septiembre 2020	Abril 2021	Noviembre 2021	
Octubre 2020	Mayo 2021	Diciembre 2021	

Asistencia previa recibida

La asistencia proporcionada bajo el Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia para hogares económicamente afectados por COVID-19 no puede exceder las necesidades mensuales de costos de vivienda no satisfechas de un hogar. Enumere todas las demás fuentes de asistencia de alquiler o servicios públicos recibidas de los gobiernos locales, el Estado, el Programa de Preservación del Propietario, organizaciones sin fines de lucro, organizaciones religiosas o amigos y familiares.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido alguna asistencia de alquiler y / o servicios públicos de alguna fuente (local, estatal, federal, privada) DURANTE LOS MESES QUE ESTÁ SOLICITANDO A HOUSE WAKE FOR? En caso afirmacional, complete la sección a continuación. Si no es así, continúe con la siguiente sección.
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Haga una lista de la asistencia de vivienda que ya ha recibido cada mes, cuando corresponda. Enumere todos los montos y fuentes de asistencia financiera y / o de vivienda (el nombre de la organización local, estatal, federal o privada) SOLO POR LOS MESES QUE ESTÁ SOLICITANDO A HOUSE WAKE

Unpril 2020	Noviembre 2020	Junio 2021
Mayo 2020	Diciembre 2020	Julio 2021
Junio 2020	Enero 2021	Agosto 2021
Julio 2020	Febrero 2021	Septiembre 2021
Agosto 2020	Marzo 2021	Octubre 2021
Septiembre 2020	Abril 2021	Noviembre 2021
Octubre 2020	Mayo 2021	Diciembre 2021

Divulgación de información

Entiendo que la validación de la información contenida en esta solicitud requerirá que el personal del programa se comunique con mi arrendador. Doy mi permiso para que el propietario y el personal del programa intercambien información para validar el arrendamiento activo, los pagos de alquiler, el alquiler adeudado y para facilitar la inscripción como proveedor. Además, doy mi permiso para que el personal del programa se comunique con los empleadores u otros originadores de los documentos que he proporcionado para establecer mi elegibilidad. La información intercambiada se utilizará para determinar la calificación y la inscripción del programa. Por la presente, indemnizo y exco por siempre indemne al personal del programa, al propietario y a cualquier otra persona que haya proporcionado información o se haya comunicado con el personal del programa o el Administrador del programa con el fin de determinar mi calificación e inscripción de todas las acciones y causas de acciones, demandas, reclamos, honorarios de abogados o demandas que resulten de ello.

Política de Privacidad

Nos damos cuenta de que las preocupaciones que nos trae son de naturaleza altamente personal y su privacidad es importante. Su información puede ser utilizada para fines de monitoreo de programas, incluido el uso de información anónima agregada de archivos de casos para informar y evaluar nuestros servicios, recopilar información de investigación valiosa y diseñar programas futuros.

Divulgación de su información a terceros

1. Podemos divulgar la información que recopilamos a terceros como un requisito de concesión de subvenciones que hacen posible nuestros servicios.
2. También podemos divulgar cualquier información personal no pública sobre usted o antiguos clientes a cualquier persona en la medida requerida por la ley.
3. Dentro de la organización, restringimos el acceso a la información personal no pública sobre usted a aquellos empleados que necesitan conocer esa información para brindarle servicios. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento que cumplen con la regulación federal para proteger su información personal no pública.

El envío de esta solicitud indica que he revisado y entiendo la Política de privacidad anterior.

Proceso de resolución de quejas

The House Wake! El Programa de Asistencia Financiera **sirve a todos los** miembros de la comunidad. No participamos en la práctica de la discriminación en la selección y participación de clientes en nuestros programas o servicios con respecto a la raza, religión, edad, color, género, origen nacional o discapacidad.

Estamos comprometidos a brindarle un servicio profesional de alta calidad. Sin embargo, si no está satisfecho con los servicios prestados o desea presentar una queja, le pedimos que siga estas pautas:

Paso uno: Trate de resolver el problema con el miembro del personal involucrado, dando información específica sobre su queja.

Pasodos: Si el Paso Uno no es posible o el problema no se resuelve a su satisfacción, envíe un correo electrónico, escriba o llame al Director de Vivienda al 919-590-0302 o al housing@telamon.org.

Pasotres: Si su problema aún no se ha resuelto, puede apelar por escrito directamente al Director Ejecutivo de Telamon Corporation. El Director Ejecutivo le proporcionará una decisión final dentro de los 15 días.

Pasocuatro: Si su problema aún no se ha resuelto, puede apelar por escrito directamente al Comité de Operaciones de la Junta de Gobierno de Telamon. El Presidente del Comité le proporcionará una decisión final en un plazo de 15 días.

Declaraciones juradas de autocertificación

En ciertas circunstancias en las que la documentación requerida no está fácilmente disponible, el programa aceptará una certificación por escrito.

del solicitante en el momento de la solicitud. En estas circunstancias, el solicitante debe completar el Formulario de Autocertificación adjunto al final de esta solicitud.

- ¡Entiendo el House Wake! El Programa de Asistencia Financiera está utilizando permisos del Tesoro para la autocertificación sin más documentación para acelerar la prestación de asistencia a los hogares necesitados durante la emergencia de salud pública. Si bien los solicitantes pueden proporcionar una certificación por escrito en ciertas circunstancias para la documentación que no está fácilmente disponible, es posible que se requiera documentación en o antes de las recertificaciones.

Certificación de solicitud completada

- Certifico que mis fuentes de ingresos y los montos enumerados en esta solicitud reflejan con precisión los ingresos que mi hogar recibió en los últimos 60 días. Esto incluye si no tengo ingresos reportables o ingresos del trabajo por cuenta propia. Entiendo que mis ingresos deben ser reportados y reevaluados cada 90 días en la recertificación.
- Entiendo que es contra la ley que yo haga declaraciones falsas y que estoy sujeto a enjuiciamiento si lo hago. Además, entiendo que si se hacen declaraciones falsas en relación con esta solicitud, se pueden tomar medidas adicionales contra mí por cualquier recurso disponible bajo la ley estatal y federal, incluido el alivio monetario en la forma o el reembolso y reembolso de todos los beneficios recibidos, y los costos atribuidos al cobro de los mismos.
- Entiendo que el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer una declaración falsa o fraudulenta a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos, que incluye el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y su Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia.
- Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es una declaración verdadera y completa de hechos de acuerdo con mi mejor conocimiento y creencia. Le doy permiso a la agencia para verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el - House Wake! Programa de Asistencia Financiera. Entiendo que la información en este formulario puede ser verificada por el revisor federal, estatal, del condado o de la ciudad y doy mi consentimiento para esta revisión. Además, entiendo que mi solicitud debe estar completa e incluir toda la documentación de respaldo necesaria para ser considerada para el - House Wake! Programa de Asistencia Financiera COVID-19. Acepto proporcionar documentación adicional dentro de los plazos designados al Administrador del Programa si es necesario.
- Certifico que los fondos recibidos a través de este programa se utilizarán exclusivamente para el alquiler, los pagos de servicios públicos y cualquier atraso. ¡Entiendo que no usar los fondos como se indicó anteriormente puede resultar en la descalificación de mi hogar para asistencia futura a través de House Wake! y otros servicios. Puedo ser financieramente responsable de reembolsar cualquier fondo utilizado para fines que no sean pagos directos al Servicio de Servicios Públicos, mi arrendador o administrador de la propiedad. ¡Despertar de la casa! Los fondos eraP que se me hacen directamente con el fin de pagar el alquiler o los servicios públicos deben usarse para el propósito previsto o devolverse.

- ¡Certifico que mi hogar no ha recibido, ni recibirá, asistencia de pago, un subsidio u otro reembolso financiero de ningún otro programa por los mismos costos que se pagarán de House Wake! (Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia). Notificaré al Administrador del Programa de cualquier posible duplicación para evitar la duplicación o la necesidad de reembolsar fondos.

Al firmar este formulario y marcar todas las casillas anteriores, reconozco que he leído o he tenido todas las certificaciones explicadas y acepto cada una.

Firma del solicitante: _____

POR FAVOR, DEVUELVA ESTA SOLICITUD Y TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A:

Escanee una copia y envíe una copia por correo electrónico a: housing@Telamon.org

Envíe una copia por fax a: (919)851-9044 Envíe una copia por correo electrónico a: Telamon Corporation, 5560 Munford Rd., Suite 201, Raleigh, NC 27612 Para obtener más ayuda, comuníquese con Telamon Corporation al 1-919-899-9911 o

housing@telamon.org.

Documentación adicional requerida

- Factura de servicios públicos con la dirección de arrendamiento a nombre del solicitante (si la identificación con foto no coincide con la dirección)
- Identificación válida con foto para todos los miembros adultos del hogar de 18 años o más
- Declaración de alquiler más reciente (debe mostrar el nombre, la dirección y el monto del alquiler adeudado)
- Contrato de alquiler o documentación que muestre el acuerdo de alquiler.