

ERAP 2- Lista de verificación de alquiler

A continuación se muestra una lista de los documentos que se deben proporcionar antes de que se apruebe la asistencia financiera a través del Programa de asistencia de alquiler de emergencia. Sugerimos reunir todos los formularios y enviarlos juntos. Trabaje con su arrendador para recopilar la documentación requerida.

Arrendatario

- Solicitud ERAP — (por favor incluya presupuesto personal)
- Formulario de admisión de SCA
- Consentimiento para la divulgación de información
- Contrato de arrendamiento de alquiler
- Aviso de desalojo de alquiler/prueba de atrasos en el alquiler (si está atrasado en el alquiler)
- Comprobante de ingresos por cada miembro adulto del hogar (talones de pago de los últimos 30 días, carta de adjudicación de SSI/SSDI, comprobante de manutención infantil, etc.) O Formulario de cero ingresos
- Identificación con foto
- Verificación del número de seguro social del solicitante (copia de la tarjeta de seguro social, declaración de impuestos, w-2 u otros formularios de impuestos)
- Información de servicios públicos, incluida la factura más reciente si solicita asistencia de servicios públicos (PPL, agua, alcantarillado, basura)

Propietario

- Certificación de arrendador – (Incluya qué meses se deben)
- W-9 – (El arrendador debe completar)
- Prueba de propiedad del propietario: (impuestos inmobiliarios, escritura o factura a nombre del propietario de la propiedad)

Por favor devuelva todos los documentos a:

200 N. 2 nd St. Pottsville PA 17901	105 W. Broad St. Rear Suite 100, Tamaqua, PA 18252
---	---

O envíelos por correo electrónico a: RentalHelp@schuylkillcommunityaction.com

Debe hacer una cita con su administrador de casos para procesar su solicitud. Las reuniones duran unos 45 minutos y se pueden realizar en persona o por teléfono. Cuando recibamos su solicitud, un administrador de casos lo llamará para programar una reunión. Las reuniones se pueden reprogramar si no tenemos todos los documentos requeridos descritos anteriormente. Esto retrasará el proceso de verificar su información y realizar un pago.

Las solicitudes incompletas se rechazan después de 21 días.

Solicitud Para Asistencia De Alquiler de Emergencia

Quién está solicitando? ☐ Inquilino ☐ Arrendador (por el inquilino)

Información del Inquilino

Apellido	Primer Nombre	Número del (de) Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
Número de teléfono	Correo electrónico (si está disponible)		Fecha

Cuantos viven en su Hogar: Número de Adultos _____ Número de niños menores de 18 años _____

Qué si usted u otra persona en su hogar: Sufrido dificultades financieras, tales como, si usted calificó para beneficios de desempleo, sufrió una reducción en los ingresos del hogar, o contrajo gastos significativos?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, se debieron estas dificultades económicas, directa o indirectamente, a COVID-19?

☐ Sí ☐ No

Alguien en su hogar está en riesgo de estar sin hogar o inestabilidad de hogar? ☐ Sí ☐ No

Alguien en su hogar ha recibido asistencia para el alquiler con fondos federales en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No

Es usted veterano? ☐ Sí ☐ No

Ha sido alguien víctima de la violencia doméstica? ☐ Sí ☐ No

Ciudadanía: ☐ Ciudadano de los Estados Unidos ☐ Extranjero residente permanente ☐ Refugiado
☐ Extranjero residente temporal ☐ Otro

Raza (marque todas que aplican) ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Indígena Norte Amerindio o Nativo de Alaska
☐ Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico ☐ Negro o Afroamericano ☐ Otra _____

Identidad étnica: ☐ Hispano ☐ Non-Hispano

El sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Información del Arrendador O Empresa de Mantenimiento de Propiedades

Empresa de mantenimiento de Propiedades (si es aplicable)

Apellido	Primer Nombre	Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Código postal	
Número de teléfono	Código de impuestos o Número del Seguro Social (si está disponible)		

Información de los Servicios Públicos del Inquilino

Nombre de la Empresa	Dirección (calle, ciudad, código postal)	Número de teléfono	Número de la cuenta

Ingreso del Hogar del Inquilino

Por favor infórmenos sobre los ingresos de todas las personas de su hogar que son de 18 años de edad o más.
Alguien en su hogar tiene algún ingreso? ☐ Sí ☐ No

Si (la respuesta es) sí, marque todos que aplican abajo, y apunte el ingreso que usted ya ha recibido.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Comisiones | ☐ Dinero pagado a usted por alquilar | ☐ La pensión alimenticia |
| ☐ Los dividendos | ☐ Dinero pagado a usted por habitación o pensión | ☐ Seguro de Desempleo |
| ☐ Juegos de azar o lotería | ☐ Autoempleo | ☐ Salario sindical |
| ☐ Honorarios de tutores | ☐ Beneficios por enfermedad | ☐ Beneficios de Veteranos |
| ☐ Dinero ganado de niñera | ☐ Dinero pagado a usted para préstamos | ☐ Salarios del empleo |
| ☐ Dinero para la formación | ☐ Seguro Social | ☐ Compensación de trabajadores |
| ☐ Pensión privada | ☐ Ingresos suplementarios de seguridad (SSI) | ☐ Otros _____ |

Nombre de persona con ingreso	Tipo/Fuente del Ingreso/Nombre del empleador	Ingreso/Pago: Cuánto?	Con qué frecuencia se paga	Fecha de pago recibido más reciente

Gastos del Hogar del Inquilino

Alquiler	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Electricidad	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Gas Natural	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Gasóleo	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Propano	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Carbon/leña/otro	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Basura	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____
Agua/Alcantarillo	Mensual \$ _____	Atrasos \$ _____

Apuntes: _____

ERAP Agency Use Only

Authorization Information ☐ Approved ☐ Denied Date _____

Type(s) of Assistance Provided

☐ Rental Assistance ☐ Rental Arrears ☐ Housing Stability Services ☐ Utility Assistance ☐ Utility Arrears

Amount of Assistance:

Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____

Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____

Number of months covered with: Rental Assistance _____ Utility Assistance _____

Household Income Level:

- ☐ Does not exceed 30% of the area median income for the HH
- ☐ Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
- ☐ Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: ☐ Used 2020 annual calculation for eligibility ☐ Used monthly income at time of application

Derechos y Responsabilidades

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos, creencias religiosas o políticas. Las personas con discapacidades quienes necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483)

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar con la verificación de la información que brinde. Es posible que se denieguen los beneficios si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Oficina del Inspector General del Estado se comunica con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Alimentación y Nutrición (en inglés, Food and Nutrition Act) de 2008, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036d. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa de Asistencia Federal De Alquiler de Emergencias. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa. (ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley. (iii) si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de Asistencia Federal De Alquiler de Emergencias a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar. Si alguna persona necesita ayuda para proporcionar el SSN, llame al 1-800-772-1213 o correo electrónico a www.ssa.gov. O llame al 1-800-325-0778 (sistema TTY)

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del DHS para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante: DHS Office of Hearings and Appeals, PO Box 2675, Harrisburg PA 17105. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia antes de la audiencia contactando al Emergency Rental Assistance Program (ERAP) manager en línea a RA-PWERAPOIM@pa.gov. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

ATESTACIÓN/CERTIFICACIÓN

Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre. Certifico que toda la información ingresada es verificada bajo pena de perjurio. Entiendo que la información que declaro en esta solicitud tendrá carácter confidencial y únicamente se usará para administrar beneficios.

Entiendo que se puede solicitar que trabaje con otras agencias como condición de mi aprobación para recibir asistencia. Acepto proporcionar más documentación cuando sea necesario para determinar la elegibilidad (por ejemplo, talón de pago, contrato de arrendamiento, gastos recientes, comprobante de desempleo, etc) para asistir a la determinación de elegibilidad.

Firma- Inquilino

Nombre impreso- Inquilino

Firma- Arrendador (si el formulario es completado por el arrendador)

Nombre impreso-Arrendador (si el formulario es completado por el arrendador)

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (solo del inquilino)

Por la presente autorizo y solicito que se entregue a la Oficina de Asistencia del Condado cualquier información relacionada con edad, residencia, ciudadanía, empleo, y cualquier otra información adicional relacionada con elegibilidad para los programas de alquiler y gastos del hogar para mí. Entiendo que la información obtenida se utilizará únicamente para la determinación de asistencia para el alquiler/gastos del hogar u otros programas de asistencia de alquiler.

Firma del inquilino

Fecha

Nombre impreso del inquilino

Schuyllkill Community Action- Formulario de admisión

Complete la siguiente información para usted y todos los miembros del hogar. Si no completa este formulario en su totalidad, es posible que se retrase el procesamiento de su asistencia. Continúe en la parte de atrás para los miembros adicionales del hogar.

Nombre				
Numero De Seguro Social				
Fecha de nacimiento				
Género				
La raza				
Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)				
Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental				
Militar- (Veterano Activo, or No)				
Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo complete o Medio tiempo				
Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno				
Nombre de la aseguradora de salud				
Mayor Nivel de Educación Completado				

Miembros adicionales del hogar

Nombre					
Numero De Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
Género					
La raza					
Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)					
Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental					
Militar- (Veterano Activo, or No)					
Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo complete o Medio tiempo					
Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno					
Nombre de la aseguradora de salud					
Mayor Nivel de Educación Completado					

SCHUYLKILL COMMUNITY ACTION
200 North 2nd Street
POTTSVILLE, PA 17901
570-622-1995

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo _____ doy
autorización a:

- _____ (mi arrendador) para que le dé información sobre el pago de renta y los retrasos a Schuylkill Community Action con el fin específico de determinar la elegibilidad del programa.
- _____ (mi empleador) a entregar los antecedentes de empleo/pagos a Schuylkill Community Action con el propósito específico de determinar la elegibilidad del programa.
- _____ (mis proveedores de servicios) para que divulguen facturas de servicios públicos/historia de pago y uso a Schuylkill Community Action con el propósito específico de determinar la elegibilidad del programa.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Se me ha informado que, para proteger la confidencialidad de mis registros, mi acuerdo para obtener o divulgar información es necesario y que este permiso está limitado para el propósito y a las personas enumeradas anteriormente. Entiendo que la divulgación adicional está prohibida por la regulación estatal y federal y que la divulgación adicional de esta información no se puede hacer sin el consentimiento previo por escrito de la persona a la que pertenece. Este consentimiento es válido solo por el período (2) años a partir de la fecha de autorización. Entiendo que esta autorización puede ser retirada en cualquier momento por mi declaración escrita.

Fecha

De Firma del Cliente

Personal de SCA



200 N 2nd Street
Pottsville PA 17901
Phone (570) 622-1995
www.schuylkillcommunityaction.com

Formulario de cero ingresos

Información del cliente

Nombre: _____

Dirección: _____

Reclamación de ingresos nulos

Yo, _____, afirmo que los adultos de mi hogar no han recibido ingresos durante los últimos 30 días.

Nuestro hogar ha estado sin ningún ingreso desde _____

Espero y espero recibir algún ingreso en o alrededor de _____

¿Cómo estás afrontando estos gastos básicos?

Viveres: _____

Vivienda: _____

Utilidades: _____

Entiendo que no proporcionar ninguna de la información solicitada anteriormente y/o proporcionar información falsa a Schuylkill Community Action es motivo para la denegación y desestimación de mi solicitud y participación en el programa de asistencia de alquiler.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, envíe este formulario a:

Schuylkill Community Action
200 N 2nd St
Pottsville, PA 17901
Phone: (570) 622-1995
Fax: (570) 628-1808
rentalhelp@schuylkillcommunityaction.com

ERAP 2 Programa de Asistencia de Alquiler

Certificación de Arrendador

Certifico que:

Soy el propietario o agente legal de la residencia que se indica a continuación. Para evitar el desalojo y permitir que los inquilinos paguen el alquiler, como condición para recibir los fondos, estoy de acuerdo en no desalojar a los inquilinos por falta de pago durante los 60 días posterior al último mes cubierto por los pagos de ERAP. (Por ejemplo, si ERAP cubrió julio, acepto no iniciar un proceso de desalojo por falta de pago hasta octubre). El inquilino está atrasado en el pago del alquiler y está en peligro de desalojo; O el inquilino es un nuevo inquilino y está solicitando fondos para ocupar este lugar.

Dirección:

(Marque abajo para aceptar el pago o para rechazar la participación en el programa ERAP)

- ☐ Acepto el pago de dicho atraso u ocupación.
☐ Me niego a participar y no aceptaré el pago.

\$

Alquiler mensual

\$

Atrasos en el alquiler

Mesos de atraso (por favor enumere, es decir noviembre, diciembre) _____

Propietario

Nombre del propietario
(imprimir) _____

Dirección _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Teléfono alternativo _____

Firma del propietario

Arrendatario

Nombre del inquilino
(imprimir) _____

Dirección _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Teléfono alternativo _____

Firma del inquilino

Declaración de renta razonable: Schuylkill Community Action puede revisar las tarifas de renta para asegurarse de que sean razonables. Las tarifas no razonables pueden ser denegadas o marcadas para investigación por posible fraude. Schuylkill Community Action puede pagar hasta \$25 en recargos por pagos atrasados, por mes adeudado, hasta un máximo de \$100.

**Solicitud y Certificación del Número
de Identificación del Contribuyente**► Visite www.irs.gov/FormW9SP para obtener las instrucciones y la información más reciente.**Entregue el
formulario al
solicitante. No lo
envíe al IRS.**Escriba en letra de molde o a máquina.
Vea Instrucciones Específicas en la página 3.**1** Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco.**2** Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba.**3** Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal de la persona cuyo nombre se indica en la línea 1. Marque solo **uno** de los siguientes 7 encasillados:

- ☐ Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro ☐ Sociedad anónima tipo C
- ☐ Sociedad anónima tipo S ☐ Sociedad colectiva ☐ Fideicomiso/caudal hereditario
- ☐ Cía. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ► _____

Nota: Marque el encasillado correspondiente en la línea anterior de la clasificación tributaria de la LLC de un solo miembro. No marque LLC si la LLC está clasificada como una de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, a menos que el dueño sea otra LLC que no es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. De lo contrario, vea las instrucciones en la página 3.☐ Otro (vea las instrucciones) ► _____**4** Exenciones (los códigos aplican solo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4):

Código de beneficiario exento (si alguno) _____

Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____

(aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)

5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite). Vea las instrucciones.

Nombre y dirección del solicitante (opcional)

6 Ciudad, estado y código postal (ZIP)**7** Anote el (los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional)**Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)**

Anote su número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, este es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I, más adelante. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, más adelante.

Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1. Vea también **Nombre y número que se le debe dar al solicitante** para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.**Número de Seguro Social**

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

o

Número de identificación del empleador

		-									
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

- El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
- No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) estoy exento de la retención adicional o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
- Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los EE.UU. (definido después) y
- El (Los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

Instrucciones para la certificación. Tiene que tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones para la Parte II, más adelante.

**Firme
Aquí**Firma de la
persona de los EE.UU. ►

Fecha ►

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos futuros. Si desea obtener información sobre los más recientes acontecimientos que afectan al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones, tales como legislación promulgada después de que estos se han publicado, visite www.irs.gov/FormW9SP.

Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés), número de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones informativas incluyen, pero no se limitan a, los siguientes: