

## ERAP 2- Lista de Verificación de Reaplicación

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)
- Progreso de la meta - Esté preparado para mostrar el progreso que ha logrado hacia la autosuficiencia desde su última asistencia ERAP.
- 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
- 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)

Por favor devuelva todos los documentos a:

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

O envíelos por correo electrónico a: [RentalHelp@schuylkillcommunityaction.com](mailto: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 apuntrar el ingreso que usted ya ha recibido.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comisiones               | <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por alquilar             | <input type="checkbox"/> La pensión alimenticia       |
| <input type="checkbox"/> Los dividendos           | <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted por habitación o pensión | <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo          |
| <input type="checkbox"/> Juegos de azar o lotería | <input type="checkbox"/> Autoempleo                                     | <input type="checkbox"/> Salario sindical             |
| <input type="checkbox"/> Honorarios de tutores    | <input type="checkbox"/> Beneficios por enfermedad                      | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos      |
| <input type="checkbox"/> Dinero ganado de niñera  | <input type="checkbox"/> Dinero pagado a usted para préstamos           | <input type="checkbox"/> Salarios del empleo          |
| <input type="checkbox"/> Dinero para la formación | <input type="checkbox"/> Seguro Social                                  | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Pensión privada          | <input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)     | <input type="checkbox"/> 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](mailto: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](mailto: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 e 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

---



200 N 2nd Street  
Pottsville PA 17901  
Phone (570) 622-1995  
[www.schuylkillcommunityaction.com](http://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 2<sup>nd</sup> St  
Pottsville, PA 17901  
Phone: (570) 622-1995  
Fax: (570) 628-1808  
[rentalhelp@schuylkillcommunityaction.com](mailto: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.