

Solicitud de Servicio de la Oficina de Asistencia



Parte 1: Para que complete el solicitante principal

Fecha de la solicitud: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ N.º de unidad: _____

Condado/Ciudad: Arlington Estado: Virginia Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma preferido: _____

Nombre de todos los miembros del hogar	Relación con el solicitante	Pronombres de preferencia	Edad	Ingreso recibido

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Introduzca la siguiente información para el solicitante principal

Raza (marque solo una):

- Multirracial
- Indígena americana o nativa de Alaska
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanca
- No sabe / No responde

Origen étnico (marque solo uno):

- Hispano o Latino
- No hispano
- No sabe / No responde

Solicitud de Servicio de la Oficina de Asistencia

SOLICITUD DE SERVICIO INICIAL: _____

DOCUMENTOS DE RESPALDO ADJUNTOS (marque todos los que correspondan):

- Alquiler (específicamente información del inquilino, monto del alquiler y firmas)
- Registro actualizado y tarifas asociadas
- Verificación de ingresos / Carta del empleador
- Talones de pago del empleador
- Ingreso Suplementario (SSI) / del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Otros: _____
- Extractos bancarios
- Extracto del seguro de desempleo
- Verificación de manutención infantil / pensión alimenticia
- Verificación de la Seguridad de

CERTIFICACIÓN DE PARTICIPACIÓN:

Completé este formulario por mi cuenta, y mi firma autoriza a esta agencia a verificar la información y las circunstancias que he proporcionado. Certifico que la información anterior es verdadera y completa, y entiendo que proporcionar información errónea de forma deliberada puede llevar a un enjuiciamiento legal. Además, entiendo que si, voluntariamente y a sabiendas, doy información falsa en esta solicitud de fondos, ya no podré solicitar ni recibir ninguna forma de asistencia financiera de emergencia del Departamento de Servicios Humanos del condado de Arlington durante un período de al menos un año completo desde el momento en que se descubrió la información falsa. Pueden aplicarse otras sanciones, a criterio del Departamento de Servicios Humanos, dependiendo de la gravedad del fraude, y pueden incluir hasta una sanción de por vida para recibir cualquier forma de asistencia financiera de emergencia del Departamento de Servicios Humanos del condado de Arlington.

Nombre en letra de molde del solicitante

Firma del solicitante

Fecha



Gracias por completar la solicitud de servicio. El resto de este formulario se completará junto a usted una vez que su solicitud sea asignada y revisada por el personal de la Oficina de Asistencia Comunitaria (CAB).

Solicitud de Servicio de la Oficina de Asistencia

Parte 2: Para completar **JUNTO** al personal de la CAB

Total de ingresos brutos mensuales del hogar* (Debe coincidir con la documentación de respaldo identificada en la página 2)	\$										
Cantidad de personas en el hogar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">___ de 0 a 8 años</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">___ de 35 a 44 años</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">___ de 9 a 17 años</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">___ de 45 a 54 años</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">___ de 18 a 24 años</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">___ de 55 a 64 años</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">___ de 25 a 34 años</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">___ mayores de 65 años</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding-top: 10px;"> TOTAL: _____ </td> </tr> </table>	___ de 0 a 8 años	___ de 35 a 44 años	___ de 9 a 17 años	___ de 45 a 54 años	___ de 18 a 24 años	___ de 55 a 64 años	___ de 25 a 34 años	___ mayores de 65 años	TOTAL: _____	
___ de 0 a 8 años	___ de 35 a 44 años										
___ de 9 a 17 años	___ de 45 a 54 años										
___ de 18 a 24 años	___ de 55 a 64 años										
___ de 25 a 34 años	___ mayores de 65 años										
TOTAL: _____											
Ingresos medios del área (AMI) del hogar**	<input type="checkbox"/> Igual o inferior al 30 % del AMI <input type="checkbox"/> Entre 31 % y 50 % del AMI <input type="checkbox"/> Superan el límite										

* La determinación de los ingresos incluye cualquier seguro de desempleo recibido por un miembro del hogar, pero no incluye pagos únicos, como un cheque de estímulo.

** Ajustado por tamaño del hogar y jurisdicción. Los límites de ingresos están disponibles en el siguiente enlace:
<https://www.huduser.gov/portal/datasets/il.html>.

AUTOCERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE INGRESOS

El solicitante experimentó una pérdida de ingresos debido a una dificultad fuera de su control. Seleccione los motivos de la pérdida de ingresos a continuación:

- Despido
- Cierre del lugar de trabajo
- Reducción de las horas de trabajo
- Necesidad de quedarse en casa para cuidar a los niños debido al cierre de la guardería o la escuela
- Reducción o eliminación de la manutención de infantil o del cónyuge
- Imposibilidad de trabajar o pérdida de horas debido a una emergencia médica inesperada
- Imposibilidad de participar en su empleo anterior debido a su alto riesgo de enfermedad grave
- Otro

Describa su pérdida de ingresos:

Solicitud de Servicio de la Oficina de Asistencia

CERTIFICACIÓN DE CERO INGRESOS

Si el hogar informa tener cero ingresos, complete la siguiente certificación. **Si no es así, escriba N/A:**

Yo, _____ (solicitante) confirmo que, junto con cualquier otro miembro adulto de mi hogar que esté en el contrato de alquiler, estoy desempleado y no recibo ningún ingreso, beneficio o asistencia financiera de ninguna agencia federal, estatal o local u otra entidad privada. Entiendo que las declaraciones o información falsas proporcionadas a mi arrendador con el propósito de recibir asistencia para el alquiler a través del condado de Arlington podrían resultar en la denegación de los fondos de emergencia del condado de Arlington. Entiendo que no informar los ingresos como se indicó anteriormente es motivo de denegación de los fondos del condado de Arlington.

REQUISITOS MÍNIMOS GENERALES (para la asistencia para la prevención de desalojos)

Para recibir asistencia financiera a través del Departamento de Servicios Humanos del condado de Arlington, los hogares deben cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- El solicitante tiene una declaración de alquiler válida a su nombre.
- El hogar experimentó una pérdida de ingresos debido a las dificultades. Se requiere una prueba de las dificultades. (La cabeza de familia debe completar la autocertificación de pérdida de ingresos).
- El alquiler total del hogar es igual o inferior al 150 % del alquiler justo de mercado (FMR) para el tamaño y la ubicación de la unidad.
- El ingreso bruto actual del hogar es igual o inferior al 50 % del ingreso medio del área para el tamaño y la ubicación del hogar (se requiere documentación de respaldo).
- El hogar recibió un aviso de deuda, un aviso de pago en 5 días o desalojo, una orden de desalojo o un aviso de desalojo.

INFORMACIÓN SOBRE ALQUILERES/FINANCIACIÓN

El alquiler incluye tarifas y servicios públicos que se cobran al inquilino como parte del alquiler y que figuran en el contrato de alquiler.

Nombre de la propiedad:

Persona propietaria (nombre legal completo):

Información de contacto de la persona propietaria / Correo electrónico del agente:

Número de teléfono:

Monto del alquiler mensual del solicitante:	\$
Cantidad de habitaciones en la unidad de alquiler	
El monto del alquiler del solicitante es igual o inferior al 150 % del FMR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

MONTO TOTAL del alquiler necesario y solicitado al condado de Arlington (monto de alquiler atrasado adeudado + monto de alquiler adeudado actual)	\$
--	----

El alquiler puede incluir cargos por mora si esos cargos se establecen en el contrato de alquiler.

Si se verifica después del día 15 del mes, el alquiler del mes actual se determina en función de la fecha en que se verificó la solicitud y toda la documentación.

OTROS RECURSOS

Fuente	Monto	Fecha disponible	Confirmado (S/N)

Completado por: _____
(Personal de la CAB)

Fecha: _____

Fecha de solicitud inicial: _____

Fecha de solicitud posterior: _____

¿Está subido a la aplicación de prevención de desalojos (Power App)? Sí No