

Self-Help Enterprises (SHE)

Solicitud de Asistencia Directa

DOCUMENTOS NECESARIOS

Este programa se basa en situaciones de emergencia y se dará prioridad a los solicitantes que se enfrentan a dificultades verificables. La asistencia disponible puede ayudar a cubrir los costos de alquiler, hipoteca o servicios públicos. La asistencia sólo puede ayudar con una cantidad limitada y cualquier saldo restante que se deba al alquiler, hipoteca o servicios públicos será responsabilidad del solicitante.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- La aplicación de elegibilidad inicial (atada)**
- La documentación del alquiler/Hipoteca/Utilidad (atada)
- Prueba de dificultades:** razón por la que no puede pagar el alquiler (estados de cuenta bancarios, facturas, recibos, prueba de desempleo, etc.)
- Identificación con foto (solicitante)
- Prueba de ingresos más reciente para todos los miembros del hogar
- Y...

ASISTENCIA DE ALQUILER SOLAMENTE

- Contrato de alquiler/arrendamiento (firmado/fechado por ambas partes)

El alquiler debe incluir:

- *Nombre de los Inquilinos*
- *Nombre de propietario, gerente de la propiedad, etc.*
- *Dirección de residencia*
- *Cantidad del alquiler mensual*
- *Fecha de venimiento mensual*
- *Infomacion de Pago*

ASISTENCIA DE HIPOTECA SOLAMENTE

- Estado de cuenta hipotecario/Coupon o carta del hipotecador

Debe incluir documentos de la hipoteca:

- *Nombre y dirección de los titulares*
- *Nombre del Hipotecario*
- *Numero de cuenta*
- *Cantidad mensual del principal y los intereses*
- *De ser atrasado, la cantidad excepcional en el momento de aplicacion*

ASISTENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS SOLAMENTE

- Factura de servicios públicos más reciente (adjunta)

EL SOLICITANTE DEBE DEVOLVER TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS A SHE:

SU ELEGIBILIDAD PARA SOLICITAR CADUCARÁ EN 15 DÍAS

EL CORREO ELECTRÓNICO

Sólo cuando usted tiene todos los documentos necesarios, escanear / cargar y enviarlos correo electrónico.

Asunto: "Asistencia Directa- Apellido"
CovidRelief@selfhelpenterprises.org

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES CON INFORMACIÓN O DOCUMENTOS QUE FALTEN

LAS CONDICIONES SIGUIENTES DEBEN SER ENCONTRADAS ANTES DE QUE UN PAGO SEA HECHO POR SHE

- *Para alquiler corriente: el pago debe ser debido dentro de 10 días*
- *Para alquiler atrasado: la cantidad pagada debe ser totalmente excepcional en el momento del pago UWTC*
- *La casa/apartamento es la residencia principal del cliente*
- ***el SOLICITANTE debe ser el responsable del pago del alquiler/hipoteca***
- *UWTC solo puede ayudar con hasta la cantidad designada. El Cliente es responsable de cualquier cantidad restante.*
- *El pago debe garantizar 30 días de residencia adicional*
- *Los propietarios individuales pueden estar sujetos a completar un formulario W-9 antes del pago.*
- *El propietario, la administración de la propiedad recibirán una llamada para verificar la información en el formulario de solicitud. *tenga en cuenta que el pago de SHE puede tardar hasta 14 días laborables.*

**ASISTENCIA DE ALQUILER/HIPOTECA/UTILIDAD
REPROPCION DE ELEGIBILIDAD INICIAL**

Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Telefono: _____

Telefono alternativo: _____ Correo electronico: _____

Domicillio Completo: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

¿recibe asistencia de la seccion 8? SI NO

MIEMBROS DEL HOGAR: (Resida en la Casa):

	Solicitante	Miembro #1	Miembro #2	Miembro #3	Miembro #4	Miembro #5
Nombre <i>(Primer, Ultimo)</i>						
Ultimos 4 de SS #						
Fecha de Nacimiento						
Genaro						
Edad						
Discapitado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La etnicidad Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Raza						
Educación (el nivel más alto)						
Seguro medico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Veterano?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ingresos en bruto (Últimos 30 días)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente de ingresos						

Ingresos bruto total del hogar: \$ _____

OTROS BENEFICIOS

Tipo	Cantidad de beneficio	Tipo	Cantidad de beneficio
<i>Ejemplo: estampillas de comida</i>	<i>\$250.00</i>		

Beneficios totales del hogar: \$ _____

GASTOS ACTUALES DEL HOGAR:

Tipo	El Gasto	Tipo	El Gasto
<i>Ex: Auto Insurance</i>	<i>\$150.00</i>		

TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA:

<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> La Hipoteca
¿se ha dado un aviso tarde? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Delincuente en su hipoteca? <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 (días)
¿Está en peligro de desalojo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otro: _____
Cantidad de alquiler mensual: \$ _____	Cantidad Mensual del la Hipoteca \$ _____
Cantidad total vencidos: \$ _____	Los últimos 4 o los titulares de hipotecas SS #: _____

 Servicios Público

¿Se ha dado un aviso tarde?	SI	NO
¿Estás en peligro de desconexión?	SI	N NO
Cantidad del mes actual pendiente:\$	_____	
Cantidad total vencidos: \$	_____	

EL APURO/LA DIFICULTAD:

Por favor explique las dificultades que su hogar está experimentando en relación con su solicitud de asistencia. la explicación debe ser detallada e incluir **QUÉ** tipo de dificultades está experimentando su hogar, **CUÁNDO** se produjo esto, **CÓMO** le ha afectado y **POR QUÉ** no puede pagar su parte.

INFORMACIÓN INSUFICIENTE PONDRÁ UNA RETENCIÓN EN SU SOLICITUD

CERTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN:

Aplicabilidad de SHE: Es necesario obtener, conservar y proporcionar, si se solicita, información personal para clientes que reciben financiación del programa. Certifico que mi hogar está experimentando actualmente una dificultad económica y necesita ayuda. SHE tiene mi autorización para examinar todos los registros de empleo, ingresos, hipotecas y otros registros pertinentes a mi solicitud de financiación del programa y para hacer un pago directo en mi nombre. Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____



DOCUMENTACIÓN DE ALQUILER/HIPOTECA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha: _____

Nombre del solicitante (Como puesto en el acuerdo del arriendo / declaración de la hipoteca: _____

Domicilio del Solicitante: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

IMPORTANTE: EL PAGO GARANTIZARÁ LA RESIDENCIA POR 30 DÍAS ADICIONALES

PROPIETARIO/ADMINISTRACION DE LA PROPIEDAD (Para completar para el inquilino/solicitante)

ASISTENCIA DE ALQUILER SOLAMENTE

Esto es para confirmar el alquiler para el solicitante, _____ Para la propiedad

Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Con una cantidad de alquiler mensual de \$ _____, como se indica en el contrato de arrendamiento (alquiler solamente: sin depósitos, cargos por mora, y otros cargos) es/se vence el _____ actualmente debido es el \$ _____. El individuo/familia ahora tiene alquiler debido o vencido para el(los) mes(s) de _____ (MM/AAA).

Teléfono de Administración del Propietario /Propiedad _____

Correo electrónico de administración de propietarios/propiedades _____

Por favor haga el pago a: _____

Firma del propietario/Administración de la propiedad: _____ **Fecha:** _____

Correo electrónico de administración de propietarios/propiedades. **Nombre:** _____ **Title:** _____

Por favor, compruebe si usted no puede obtener la firma del propietario.

VERIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA HIPOTECA

SÓLO ASISTENCIA HIPOTECARIA

Esto es para confirmar esa hipoteca para el solicitante, _____, para la Propiedad en

Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Con una cantidad de Hipoteca mensual de \$ _____ (principal e interés solamente; sin garantía o otros cargos) es/fue debido en _____. El importe actualmente debido es el \$ _____. El individuo/familia ahora tiene la hipoteca debida o atrasada para el mes (meses) de _____ (MM/AAAA)

Número de préstamo/cuenta: _____

Por favor, haga el pago de la hipoteca a: _____

(Como se indica en el estado de cuenta hipotecario) _____

Firma del titular de la hipoteca: _____ **Date:** _____

TYPE OF ASSISTANCE

Past Due

Current Month

1st Month (Rent)

USO DE SHE SOLAMENTE

RENT

Verified monthly rent payment \$ _____

Total amount due (incl. above) \$ _____

Amount SHE will pay \$ _____

Payment will cover month of _____

Payment due date _____

MORTGAGE

Verified monthly mortgage payment \$ _____

Total amount due (incl. above) \$ _____

Amount SHE will pay \$ _____ Payment

will cover month of _____ Payment due

date _____

The amount being paid is past due in its entirety at time of payment: Yes No

STAFF NOTES: APPROVED DENIED

CARES

CDBG

SHE

Staff Name: _____ **Staff Signature:** _____ **Date:** _____



DOCUMENTACIÓN DE UTILIDAD

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha: _____

Nombre del solicitante (como se indica en la declaración de utilidad): _____

Dirección del solicitante: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____

VERIFICACIÓN DE UTILIDAD

Tipo de pago de servicios públicos: La electricidad Gas Agua

LA UTILIDAD 1

La factura adjunta cubre _____ a _____ y es un período de facturación de un mes. La factura adjunta es/ fue debido el _____ (mes/día/año). La cantidad adeudada vencida es de \$ _____. La cantidad del mes corriente debida es \$ _____

El número de cuenta: _____

(Como se indica en la declaración de utilidad)

Por favor haga el pago de Utilidad a: _____

(Como se indica en declaración de utilidad) _____

VERIFICACIÓN DE UTILIDAD

Tipo de pago de servicios públicos: La electricidad Gas Agua

LA UTILIDAD 2

La factura adjunta cubre _____ a _____ y es un período de facturación de un mes. La factura adjunta es/ fue debido el _____ (mes/día/año). La cantidad adeudada vencida es de \$ _____. La cantidad del mes corriente debida es \$ _____

Account Number: _____

(Como se indica en la declaración de utilidad)

Por favor haga el pago de Utilidad a: _____

(Como se indica en declaración de utilidad) _____

VERIFICACIÓN DE UTILIDAD

Tipo de pago de servicios públicos: La electricidad Gas Agua

LA UTILIDAD 3

La factura adjunta cubre _____ a _____ y es un período de facturación de un mes. La factura adjunta es/ fue debido el _____ (mes/día/año). La cantidad adeudada vencida es de \$ _____. La cantidad del mes corriente debida es \$ _____

El número de cuenta: _____

(Como se indica en la declaración de utilidad)

Por favor haga el pago de Utilidad a: _____

(Como se indica en declaración de utilidad) _____

TYPE OF ASSISTANCE

Past Due Current Month 1st Month (Rent)

USO DE SHE SOLAMENTE

UTILITY: _____

UTILITY: _____

UTILITY: _____

Verif. mo. util. pymt. \$ _____

Verif. mo. util. pymt. \$ _____

Verif. mo. util. pymt. \$ _____

Tot. amt. due (incl. above) \$ _____

Tot. amt. due (incl. above) \$ _____

Tot. amt. due (incl. above) \$ _____

Amt. SHE will pay \$ _____ Pymt.

Amt. SHE will pay \$ _____ Pymt.

Amt. SHE will pay \$ _____ Pymt.

will cover month of _____

will cover month of _____ Pymt.

will cover month of _____ Pymt.

Pymt. due date _____

due date _____

due date _____

The amount being paid is past due in its entirety at time of payment: Yes No

STAFF NOTES: APPROVED DENIED

CARES

CDBG

SHE

Staff Name: _____ **Staff Signature:** _____ **Date:** _____