Self-Help Enterprises
Distribución Local Permanente de Vivienda (PLHA)
Solicitud de Asistencia de Arvin

Instrucciones y lista de verificación

Solicitudes completas deben enviarse a: Covidrelief@selfhelpenterprises.org
o fax ATTN: PLHA (559) 651-3634 FAX
Línea de asunto debe incluir su nombre, y apellido
Por ejemplo: John Smith, PLHA Assistance

Solicitantes: Deben poder demostrar un aviso verificable de 21 días para desalojar. Los solicitantes deben demostrar elegibilidad basado en ingresos.

- *Este programa es solo para solicitantes que enfrentan Riesgo de Desalojo o Falta de Vivienda.*

***Asistencia disponible** para solicitantes que califiquen incluye ayuda para cubrir los gastos de hipoteca, alquiler, depósito de alquiler y/o gastos de servicios públicos. Este programa puede ayudar hasta seis (6) meses consecutivos de hipoteca, alquiler y/o servicios públicos, pero está limitado a $15,000 por hogar.*

Todas las aplicaciones deben incluir:

- Una solicitud **completa** que incluya una firma de cada adulto en el hogar (18 años o más)
  - Auto certificación de Ingresos
  - Formulario completo de Duplicación de Beneficios
- Identificación con foto para cada adulto en el hogar (18 años o más)

Para asistencia de hipoteca, debe incluir:

- Estado de cuenta **actual** de la hipoteca y aviso para desalojar

Para asistencia de alquiler, debe incluir:

- Contrato de alquiler **actual**
- Estado de cuenta de alquiler **actual** y aviso de 21 días para desalojar

Para asistencia de utilidades, debe incluir: **(electricidad, gas, agua, utilidades públicas, y Internet)**

- Estado de cuenta **actual** de la factura de servicios

Las solicitudes deben enviarse en su totalidad, esto incluye todo los comprobantes/documentos necesarios. Las solicitudes incompletas resultaran en un retraso del proceso.

Los pagos se envían directamente al propietario, a la administración de la propiedad, a la hipoteca o a la compañía de servicios públicos.

Si tiene preguntas sobre la solicitud, los documentos necesarios, o otra cosa relacionada a este programa de asistencia mande un correo electrónico a covidrelief@selfhelpenterprises.org o llame a (559) 802-1600.

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

STATE OF CA - TTY
ENGLISH 1-800-735-2929
SPANISH 1-800-855-3000

Solicitud de Depósito/Alquiler/Hipoteca
y/o Asistencia de Servicios Públicos

Fecha:_____

Nombre de solicitante:_____Teléfono:_____

teléfono alternativo:_____Correo electronico:_____

Domicilio completo: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

¿recibe asistencia de la sección 8? Si ☐ No ☐

MIEMBROS DEL HOGAR: (viven en la casa):

	Solicitante	**Miembro #1**	**Miembro #2**	**Miembro #3**	**Miembro #4**	**Miembro #5**
Nombre *(Primer, Ultima)*						
Fecha de Nacimiento						
Edad						
Género						
Educación *(el nivel más alto)*						
Seguro medico?	☐Si ☐No	☐Si ☐No	☐Si ☐No	☐Si ☐No	☐Si ☐No	☐Si ☐No

OTROS BENEFICIOS:

Tipo	**Cantidad de beneficios**		**Tipo**	**Cantidad de beneficios**
Ej: CalFresh	*$250.00*			

A. Beneficios totales del Hogar: $_____

INGRESOS MENSUALES ACTUALES
DEL HOGAR**:**

Nombre del miembro del hogar	**Tipo de ingreso (empleo, desempleo, otros beneficios)**	**Cantidad total de ingresos ANTES de impuestos**	**Frecuencia de Ingreso** ***(semanalmente, mensualmente, cada dos semanas, o dos veces al mes)***
EJEMPLO	*Empleo*	$2,000	Dos veces al mes

Ingreso total del hogar (mensual) $_____x 12 meses = B. Ingreso Anual Total del Hogar $____

TIPO DE ASISTENCIA:

☐ Hipoteca ☐ Alquiler ☐ Depósito de alquiler ☐ Utilidades

Alquiler			
Cantidad para depósito de alquiler	$ _____	1. Cantidad solicitada $ _____	
Cantidad de alquiler mensual	$ _____	2. Cantidad solicitada $ _____	
¿Cuantos meses lleva atrasado?			
Nombre del propietario/or administración de la propiedad			
Número de cuenta			
Hipoteca			
Cantidad de hipoteca mensual	$ _____	3. Cantidad solicitada $ _____	
¿Cuantos meses lleva atrasado?			
Nombre de la compañía hipotecaria			
Número de cuenta			
Utilidades			
Utilidad	Compañía y número de cuenta	Saldo total adeudado	Cantidad solicitada
Electricidad		$_____	4. $_____
Gas		$_____	5. $_____
Agua		$_____	6. $_____
Servicios públicos (basura, y drenaje)		$_____	7. $_____
Internet		$_____	8. $_____

C. Cantidad TOTAL solicitada (1+2+3+4+5+6+7+8): $_____

Tenga en cuente que el máximo por hogar es $15,000, indique que gastos son su prioridad (1. Siendo primero 2. Siendo el siguiente) para mejor distribuir los fondos

CERTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN: **(si más de tres firmas son necesarias, use el espacio abajo)**
Aplicabilidad de SHE: Es necesario obtener, conservar y proporcionar, si se solicita, información personal de clientes que reciben ayuda financiera 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 y correcta a mi conocimiento.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de co-solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de co-solicitante: _____ Fecha: _____

AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO

INSTRUCTIONS: Esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el "Ingreso Anual (Bruto)", el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar (según corresponda en función de la actividad) y las características relevantes de cada miembro a los efectos de la determinación de los ingresos. Para completar esta declaración, seleccione la definición de ingresos utilizada, rellene los campos en blanco a continuación y marque solo las casillas que se aplican a cada miembro. Todos los miembros adultos beneficiarios deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación de origen se proporcionará a petición.

Definición de ingresos

◯ **HUD 24 CFR Parte 5**	Proyecto de ingresos corrientes a 12 meses	◯ **Forma IRS 1040**	Registros de impuestos más actuales

Información Del Beneficiario

Apellido:	**Identificación del beneficiario (si procede):**

Información del Miembro

Nombre:	**Identificación del Miembro (si procede)**	**HH**	**CH**	**DIS**	**62+**	**S≥18**	**<18**	**<15**

HH = Jefe de Familia; **CH** = Co-Jefe de Familia; **DIS** = Persona con discapacidad; **62+** = Persona 62 años de edad o mayor; S≥18 = Estudiante a tiempo completo de 18 años o más; <18 = Niño menor de 18 años; **<15** = Menores de 15 años

Información de contacto

Dirección línea 1:	Ciudad:	
Dirección línea 2:	Estado:	Código Postal:

Información de Ingreso

Ingreso anual en bruto (total de todos los miembros) = $ _____

Certificación

Yo/nosotros certificamos que esta información es completa y precisa. Yo/nosotros estamos de acuerdo en proporcionar, a solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Concesoniario/Administrador del Programa de HUD.

FIRMAS COMPLETAS EN LA SEGUNDA PÁGINA

AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO

Yo/nosotros estamos de acuerdo en proporcionar, a solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Concesoniario /Administrador del Programa de HUD.

Identificación del beneficiario:

JEFE DE FAMILIA		
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**

OTROS ADULTOS BENEFICIARIOS*		
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**
Firma	**Nombre escrito**	**Fecha**

* Adjunte otra copia de esta página si se requieren líneas de firma adicionales.

ADVERTENCIA: La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser cancelada por hacer voluntariamiente y conscientemente una declaración falsa o fraudulenta a un departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

Nombre del Servicio Público: Distribución Local Permanente de Vivienda (PLHA)

Parte 2: Participante confidencial / HUD del Beneficiario información Demográfica

(Esta sección es voluntaria.)

Etnicidad (seleccione uno)	☐ **No Hispano**	☐ **Hispano**
Raza (seleccione uno)		
☐ Blanco	☐ Indio Am./Nativo de Alaska Y Blanco	
☐ Negro/Afroamericano	☐ Blanco Y Asiático	
☐ Asiático	☐ Negro/Afroamericano Y Blanco	
☐ Indio Am./Nativo de Alaska	☐ Indio Am./Alaska Y Negro/Africano	
☐ Nat. de Hawai/Otro isla de Pacifico.	☐ Otras Multi-Raciales	
Otros Datos Demográficos (seleccione todo lo que se aplica)		
☐ Jefa de Familia ☐ Participante está deshabilitado ☐ Veterano ☐ Adulto Mayor	☐ Soltero / No Adulto Mayor ☐ Relation/Padre Soltero ☐ Relation/Dos Padres ☐ Otros (_____)	

Duplicación de la Declaración Jurada de Beneficios ("Declaración Jurada")

Yo/Nosotros, _____ affirmamo/s lo siguiente:

1. Yo/Nosotros en ejecución de esta Declaración Jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo en forma de pagos de alquiler, deposito de alquiler, hipoteca o servicios públicos **("Tipo de Asistencia")** con el propósito de evitar la ejecución hipotecaria, desalojo, o desconexión de servicios públicos **("Necesidad")** en la cantidad de _____ **("Cantidad de Asistencia o Necesidad Total")** de Self-Help Enterprises **("Organización")** a través de un programa administrado por la cuidad de Arvin de fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos **("Programa")**.

2. Yo/Nosotros creo que **Cantidad de Asistencia/Necesidad Total** es _____

3. Ademas, yo/nosotros he/hemos recibido o recibiré los siguientes montos y tipos de asistencia de las fuentes a continuación ("Asistencia Duplicada"):

(a)

Fuente de Fondos #1	
Propósito	
Cantidad	

(b)

Fuente de Fondos #2	
Propósito	
Cantidad	

(c)

Fuente de Fondos #3	
Propósito	
Cantidad	

4. Necesidad Total Insatisfecha (2- (3(a) + 3(b) + 3(c))) $_____.

5. Yo/Nosotro he/hemos recibido ningún otro fondo de asistencia para la necesidad enumerada en el párrafo 1 que no sea la establecida anteriormente en el párrafo 3.

6. Sección 312 de la Ley de Asistencia de Emergencia y Socorro de Desastres de Robert T. Stafford (42 U.S.C. 5155), modificada por el artículo 1210 de la Ley de Reforma de la Recuperación de Desastres de 2018 (division D de Ley Publica 115–2 254; 132 Stat. 3442). prohíbe a las agencias federales proporcionar asistencia a cualquier persona por "cualquier parte de dicha pérdida" en la que haya recibido asistencia financiera bajo cualquier otro programa o de un seguro o cualquier otra fuente (como, FEMA, SBA, cruz roja, la ciudad, seguro del propietario de negocios, etc.).

Duplication of Benefits Affidavit ("Affidavit")

7. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que la cantidad de asistencia recibida por Self-Help Enterprises debe reducirse por la cantidad de Asistencia Duplicada recibida o que será recibida por la Necesidad, de otras fuentes (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, el seguro de propietario de vivienda de la Ciudad, etc.) para el mismo propósito.

8. Por lo tanto, yo/nosotro entiendo/entendemos que si recibo ayuda de una fuente distinta a las Empresas de autoayuda (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, el seguro de propietario de vivienda, etc.) para la necesidad del mismo propósito, debemos pagar la asistencia recibida de Self-Help Enterprises.

9. Yo/Nosotros certifico/clasificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconocen que el reembolso de toda la asistencia recibida por yo/nosotros de *Self-Help Enterprises*, el pago de multas y/o encarcelamiento puede ser requerido en el caso de que proporcione información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante el resto de este proceso. **Al ejecutar esta Declaración Jurada, los Solicitantes reconocen y entienden que el Título 18 del Código de los Estados Unidos Sección 1001: (1) hace que sea una violación de la ley federal para una persona falsificar, ocultar o encubrir 8e intencionalmente un hecho material; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o usar cualquier escritura o documento falso sabiendo que contiene una declaración materialmente falsa, ficticia o fraudulenta o epresentación, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.**

Participante _____ _____

Firma de Participante_____ Fecha _____

Participante _____ _____

Firma de Participante_____ Fecha _____

Participante _____ _____

Firma de Participante_____ Fecha _____