



## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



La Ley CARES y otros fondos disponibles a través de la Ciudad de Arlington y la Autoridad de Vivienda de Arlington proporcionan a las personas que están en peligro inminente de desalojo y en riesgo de quedarse sin hogar con asistencia financiada por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD) y otras fuentes. para evitar desalojos, prevenir la falta de vivienda y, en algunos casos, con servicios de administración de casos. Esta aplicación es una aplicación universal para una variedad de programas, y el personal determinará la forma apropiada de asistencia.

**ELEGIBILIDAD PARA PREVENCIÓN SIN HOGAR O ASISTENCIA PARA PERSONAS SIN HOGAR:** Se brindan servicios de administración de casos y asistencia financiera a los solicitantes elegibles, ya que hay recursos disponibles. Completar esta solicitud de ninguna manera garantiza asistencia financiera o servicios. Los programas tienen diferentes requisitos de elegibilidad. El cuadro a continuación es una guía para determinar la elegibilidad según la fuente de financiamiento.

### Pautas de ingresos de HUD

Tamaño del Hogar	(<30% AMI)	(<50% AMI)	(<60% AMI)	(<80% AMI)
1	\$17,150	\$28,550	\$34,260	\$45,650
2	\$19,600	\$32,600	\$39,120	\$52,200
3	\$22,050	\$36,700	\$44,040	\$58,700
4	\$26,200	\$40,750	\$48,900	\$65,200
5	\$30,680	\$44,050	\$52,860	\$70,450
6	\$35,160	\$47,300	\$56,760	\$75,650
7	\$39,640	\$50,550	\$60,660	\$80,850
8	\$44,120	\$53,800	\$64,560	\$86,100

Para determinar elegiblemente, los ingresos de todos los residentes adultos del hogar mayores de 18 años, a menos que sean estudiantes a tiempo completo, se incluirán en la determinación de ingresos del hogar. Esto incluye salarios de trabajo por cuenta propia, TANF, pensión alimenticia, beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos por discapacidad, manutención de los hijos, propiedades de alquiler, dividendos de acciones, ingresos de cuentas bancarias, desempleo, cuentas de jubilación, obsequios regulares de dinero de amigos, familiares, iglesia u otras agencias sociales. El dinero ganado por la prestación de servicios e intereses de cuentas bancarias o inversiones debe divulgarse.

Los solicitantes deben autorizar al personal de la Ciudad a verificar toda la información proporcionada por cualquier medio necesario para determinar la elegibilidad del programa. Los solicitantes deberán certificar que la información provista es verdadera y estarán sujetos a enjuiciamiento federal por hacer declaraciones falsas a sabiendas. ESTA INFORMACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL Y SE UTILIZARÁ SOLAMENTE CON EL FIN DE ESTABLECER SU ELEGIBILIDAD PARA ESTE PROGRAMA.



## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



### INSTRUCCIONES Y LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PAQUETE DE APLICACIÓN

La siguiente lista es una lista completa de información que debe presentarse con su solicitud. Incluya esta lista con su solicitud e indique si algún artículo no es aplicable a su solicitud. Incluya documentación para todas y cada una de las fuentes de ingresos de todos los miembros de su hogar. Las solicitudes que estén incompletas serán denegadas. Si necesita una solicitud en otro idioma, envíe un correo electrónico a [homelessassistance@arlingtonhousing.us](mailto:homelessassistance@arlingtonhousing.us)

- IDENTIFICACIÓN:** identificación con foto actual y copia de la tarjeta de seguro social y certificado de nacimiento de TODOS los miembros del hogar
- VERIFICACIÓN DE EMPLEO:** cuatro recibos de sueldo actuales y consecutivos con ingresos del año hasta la fecha o una carta del empleador en papel membretado de la Compañía que incluya el número de fax de la Compañía
- DESEMPLEO** - Carta de adjudicación original de Compensación por desempleo e impresión del historial de pagos actual o carta de escape, fechada dentro de los últimos 60 días
- TANF/SNAP** - Declaración impresa por computadora del Departamento de Servicios Humanos de Texas de los beneficios actuales o carta de cancelación de beneficios, fechada dentro de los últimos 60 días
- APOYO / ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS:** para la pensión alimenticia, carta de verificación de ingresos con fecha de los últimos 60 días. Para pensión alimenticia, carta notariada del proveedor y / o historial de pagos
- SSI/SSDI/BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL** - Declaración impresa por computadora del Departamento de Servicios Humanos de Texas de los beneficios actuales o carta de cancelación de beneficios, fechada dentro de los últimos 60 días
- CUENTAS / ACTIVOS BANCARIOS:** los últimos 2 estados de cuenta de cheques y ahorros consecutivos y un estado actual de fondos mutuos, anualidades, fideicomisos, herencias y liquidaciones legales
- ARRENDAMIENTO DE ALQUILER:** copia de su contrato de arrendamiento actual (incluya TODAS las páginas del contrato de arrendamiento) o la factura del hotel
- AVISO DE DESALOJO** - Copia de su aviso de desalojo y / o carta de aviso de desalojo, si es aplicable
- AVISO DE DESCONEXIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS/NOTIFICACIÓN TARDÍA:** copia de sus facturas de electricidad, agua y gas vencidas más recientes
- GASTOS DEL HOGAR:** copia de sus 2 últimas facturas de luz y agua.
- PÉRDIDA DE INGRESOS:** documentación del empleador que muestre el despido o la reducción de ingresos O una carta suspendida O talones de cheques que indiquen una disminución de horas / salarios O una carta del empleador que muestre una reducción de horas / salarios debido a COVID-19

Una vez que haya completado toda la solicitud de Arlington Cares y haya reunido todas las verificaciones requeridas enumeradas anteriormente, envíe su solicitud con toda la documentación a la oficina de la Autoridad de Vivienda de Arlington ubicada en 501 W. Sanford Street, Suite 20, Arlington, TX 76011, envíe fax a (817) 962-1260, por correo electrónico a [homelessassistance@arlingtonhousing.us](mailto:homelessassistance@arlingtonhousing.us)



# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



## INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Apellido del jefe de familia:		Nombre primero:		Segundo nombre / Inicial	
Dirección:			Ciudad/Condado:		Código postal:
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		Teléfono del trabajo:	
Dirección de correo electrónico:				Seguridad Social #:	
Nombre de contacto de Emergencia:		Dirección:		Teléfono:	
Si es desalojado, proporcione la dirección donde reside:					
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> U.S. Citizen <input type="checkbox"/> No ciudadano elegible <input type="checkbox"/> No ciudadano no elegible					
Idioma principal hablado:					
Estado civil del jefe de hogar: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero (viudo, soltero o divorciado) <input type="checkbox"/> Casado pero separado					
La siguiente información se recopila para cumplir con las normas federales.					
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativos americanos o nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico y negro / blanco			
<input type="checkbox"/> Negro / afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativos americanos o nativos de Alaska y blancos	<input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las islas del Pacífico y negros / afroamericanos			
<input type="checkbox"/> Negro / afroamericano y blanco	<input type="checkbox"/> Nativos americanos o nativos de Alaska y negros / afroamericanos	<input type="checkbox"/> Otro multi-racial			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico				
<input type="checkbox"/> Asiático y blanco					
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Hispano/Llatino <input type="checkbox"/> No sabe/rechazo					
Empleado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre del empleador, dirección y número de teléfono:					
Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<i>Información importante para ex miembros del servicio militar. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Guardia de Costos, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para recibir beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de veteranos de Texas en <a href="https://veterans.portal.texas.gov/">https://veterans.portal.texas.gov/</a></i>					



# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



## INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique la información para TODAS las personas en el hogar (incluido el Jefe de hogar):

Nombre legal	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	Años	Número de seguridad social	Relación con el solicitante	Discapacitado Físicamente
						<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
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## INFORMACIÓN ANUAL DE INGRESOS

Enumere los pagos brutos (antes de impuestos) realizados a cada miembro de la familia de 18 años o más por salarios, compensación laboral, seguridad social, SSI, discapacidad, asistencia social, beneficios de desempleo, pagos de jubilación, manutención de niños, pago militar, donaciones periódicas, ingresos por trueque e ingresos comerciales o profesionales. Incluya los pagos realizados a miembros de la familia de 18 años o más en nombre de otros miembros de la familia menores de 18 años.

Ingresos	Jefe de hogar	Esposa	Otro miembro del hogar mayor de 18 años	Otro miembro del hogar mayor de 18 años	Total
Salario incluyendo OT y bonos					
Seguridad Social / SSI / SSDI					
Pensión de retiro					
Manutención de niños / pensión alimenticia					
Ingresos netos de negocios					
Comisiones / Consejos					
Beneficios de desempleo					
Compensación de trabajadores, etc.					
TANF/Pagos mensuales en efectivo					
Intereses y / o dividendos					
Regalos o contribuciones					
Otra					

PAY PERIOD:  CADA HORA  SEMANAL  QUIENCENAL  SEMI MENSUAL  MENSUAL  ANUALMENTE  OTRA

HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



### OTRA INFORMACIÓN

1. ¿Perdió su empleo debido a COVID-19?  Si  No
2. ¿Tiene ingresos más bajos debido a COVID19?  Si  No  
¿Cuándo ocurrió la pérdida de ingresos o la disminución de ingresos? \_\_\_\_\_
3. ¿Está usted o alguien en su hogar tiene mayor riesgo de tener COVID-19 debido a su edad (más de 65 años) o su condición médica? (enfermedad pulmonar crónica, asma moderada a severa, afecciones cardíacas graves, inmunocomprometidos, obesidad severa, diabetes, enfermedad renal crónica y diálisis, enfermedad hepática)  Si  No
4. ¿Alguien en su hogar recibió un aviso de que comenzará a recibir ingresos? (Por ejemplo, comenzar un nuevo trabajo, comenzar beneficios de desempleo, etc.)  Si  No
5. ¿Recibe actualmente algún otro tipo de asistencia para la vivienda o ha recibido asistencia para el alquiler de otras fuentes (por ejemplo, condado, ciudad, iglesia u otra organización durante los meses en que está buscando asistencia)?  Si  No  
En caso afirmativo, qué tipo de asistencia para la vivienda está recibiendo? \_\_\_\_\_
6. ¿Recibe beneficios de SNAP?  Si  No  
Si su respuesta es sí, cuánto? \_\_\_\_\_
7. Si no tiene un hogar, ¿dónde ha dormido la semana pasada? \_\_\_\_\_

### Para inquilinos: proporcione la información de contacto de su arrendador

8. Nombre del propietario / complejo de apartamentos: \_\_\_\_\_
9. Número de oficina del propietario / apartamento : \_\_\_\_\_
10. Fechas de arrendamiento de alquiler. ¿Desde qué fecha \_\_\_\_\_ hasta qué fecha? \_\_\_\_\_
11. Cual es su renta mensual? (No incluya el alquiler adeudado ni los cargos por pagos atrasados). \_\_\_\_\_
12. Cuantos dormitorios tienes? (¿Cuál es el tamaño de la habitación del apartamento .) \_\_\_\_\_
13. ¿Qué mes de alquiler es el último que pagó en su totalidad? \_\_\_\_\_
14. Enumere los meses anteriores, actuales y futuros para los que está buscando asistencia para el alquiler:  
*Tenga en cuenta que los meses anteriores, actuales y futuros no pueden exceder los 6 meses.*  
\_\_\_\_\_
15. ¿Necesita ayuda con los servicios públicos?  Si  No Si es así, envíe una copia de su factura de servicios públicos.

### SOLO PARA CASOS DEL PROGRAMA DE DESVIO DE DESALOJO DE TEXAS

Número de expediente de la corte: \_\_\_\_\_

Juez de Paz (J.P.) en el condado de Tarrant Número de precinto: \_\_\_\_\_



# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



## INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Enumere todas las cuentas corrientes, de ahorro y otras cuentas bancarias que tenga cualquier miembro del hogar. Agregue página adicional si es necesario.

Tipo de Cuenta	Número de cuenta	Saldo Actual	Nombre de institución Financial
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

## PREVENCIÓN PARA LA FALTA DE VIVIENDA / ASISTENCIA PARA PERSONAS SIN HOGAR

- Resido en Arlington, Texas
- He recibido un aviso por escrito o una carta de desalojo del tribunal o de mi arrendador
- No tengo recursos ni red de apoyo para prevenir la falta de vivienda.
- No estoy sin hogar ahora, pero anteriormente he experimentado la falta de hogar.

Proporcione los motivos por los que no ha pagado y no puede pagar el alquiler y / o los servicios públicos:

Si recibe asistencia para el pago de su alquiler moroso y las facturas de servicios públicos, identifique cómo podrá pagar su alquiler / servicios en el futuro.

**Entiendo que los solicitantes aprobaron mi aceptación voluntaria de participar en los servicios de administración de casos. Por la presente certifico que la información aquí proporcionada es verdadera, completa y correcta.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



### PREVENCIÓN PARA LA FALTA DE VIVIENDA / ASISTENCIA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Marque la casilla que describe sus circunstancias.

- 1. Una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa:
  - a. Una persona o familia con una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no diseñado o utilizado habitualmente como alojamiento habitual para seres humanos, incluido un automóvil, un edificio abandonado en un parque, una estación de autobús o tren, un aeropuerto o un campamento; o si.
  - b. Un individuo o una familia que vive en un refugio supervisado público o privado designado para proporcionar arreglos de vivienda temporal; o
  - c. Una persona que está saliendo de una institución donde residió durante 90 días o menos y que residió en un refugio o lugar de emergencia no destinado a ser habitada por humanos inmediatamente antes de ingresar a esa institución.
- 2. Una persona o familia que perderá inminentemente su residencia nocturna principal, siempre que:
  - a. La residencia nocturna principal se perderá dentro de los 14 días de la fecha de solicitud de asistencia para personas sin hogar; y si.
  - b. No se ha identificado residencia posterior; y
  - c. El individuo o la familia carece de los recursos o redes de apoyo necesarios para obtener otra vivienda permanente.
- 3. Jóvenes no acompañados menores de 25 años, o familias con niños y jóvenes, que de otra manera no califican como personas sin hogar bajo esta definición, pero que:
  - a. Se definen como personas sin hogar bajo otros programas federales como se describe en 24 CFR 576.2; o
  - b. No haber tenido un contrato de arrendamiento, interés de propiedad u ocupación en una vivienda permanente en ningún momento durante los 60 días inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de asistencia para personas sin hogar; o
  - c. Han experimentado una inestabilidad persistente medida por dos movimientos o más durante el período de 60 días inmediatamente anterior a la fecha de solicitud de asistencia para personas sin hogar; Y
  - d. Se puede esperar que continúe en ese estado por un período prolongado debido a discapacidades crónicas, afecciones crónicas de salud física o mental, adicción a sustancias, antecedentes de violencia doméstica o abuso infantil, la presencia de un niño o joven con una discapacidad, o dos o más barreras para el empleo, que incluyen la falta de un diploma de escuela secundaria o GED, analfabetismo, bajo dominio del inglés, antecedentes de encarcelamiento o detención por actividades delictivas y antecedentes de empleo inestable;
- 4. Cualquier individuo o familia que:
  - a. Huye, o intenta huir, violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acoso u otras condiciones peligrosas o potencialmente mortales que se relacionan con la violencia contra el individuo o miembro de la familia, incluido un niño que haya tenido lugar dentro del individuo. o la residencia nocturna principal de la familia o ha hecho que el individuo o la familia tengan miedo de regresar a su residencia nocturna principal; y
  - b. No tiene otra residencia; y
  - c. Carece de los recursos o redes de apoyo para obtener otras viviendas permanentes.

Nombre impreso del solicitante

Fecha

Firma del solicitante



# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



## LIBERACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_, El abajo firmante autoriza a todas las personas o empresas en las categorías enumeradas a continuación para divulgar información sobre tenencia, empleo, ingresos y / o activos con el fin de verificar la información en mi / nuestra solicitud de participación en Asistencia de alquiler de Arlington CARES. Autorizo/ autorizamos la divulgación de información sin responsabilidad para Autoridad de Vivienda de Arlington / Ciudad de Arlington.

### INFORMACIÓN CUBIERTA

Yo / nosotros entendemos que puede ser necesaria información previa o actual sobre mí / nosotros. Las verificaciones y consultas que se pueden solicitar incluyen, entre otras: identidad personal, estado del estudiante, empleo, ingresos, activos, tenencia y asignaciones médicas o de cuidado infantil. Yo / nosotros entendemos que esta autorización no se puede utilizar para obtener información sobre mí / nosotros que no sea pertinente para mi elegibilidad y participación continua en Asistencia de alquiler de Arlington CARES.

### GRUPOS O INDIVIDUOS QUE SE PUEDEN HACER

Los grupos o individuos a los que se les puede solicitar que divulguen la información anterior incluyen, entre otros:

Empleadores pasados y presentes	Agencias de bienestar
Administraciones de veteranos	Proveedores de apoyo y pensión alimenticia
Agencias estatales de desempleo	Sistemas de jubilación
Instituciones educativas	Administración de la Seguridad Social
Proveedores de servicios médicos y de cuidado infantil	Banco y otras instituciones financieras
Proveedores de servicios públicos	Propietarios anteriores / actuales
Agencias de vivienda pública	Tasación Distritos
Compañía de seguros	Juez de Paz (J.P.)

### CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Acepto / aceptamos que se pueda usar una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización está archivado y permanecerá vigente durante un año y un mes a partir de la fecha de la firma. Yo / Nosotros entendemos que / Tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir cualquier información que sea incorrecta.

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre del solicitante/residente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre de Co-solicitante/residente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba Miembro adulto Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba Miembro adulto Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE SER USADO PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS. SI SE NECESITA UNA COPIA DE UNA DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS, EL FORMULARIO IRS 4506, "SOLICITUD DE COPIA DE UN FORMULARIO DE IMPUESTOS" DEBE ESTAR PREPARADO Y FIRMADO POR SEPARADO.**





# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE ARLINGTON



Yo, el abajo firmante, certifico que la información proporcionada anteriormente es completa, verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y autorizo al personal de la Autoridad de Vivienda de Arlington a verificar la información incluida en esta solicitud para aprobar la elegibilidad. lo que sea necesario, incluidos, entre otros, salarios, pensiones, inversiones y residencia. Además certifico que esta propiedad no es propiedad ni está administrada por un pariente de sangre o un pariente por matrimonio.

Se entiende que esta autorización se otorga con el único propósito de certificar la elegibilidad para la Autoridad de Vivienda de Arlington, y que toda la información adquirida a este respecto será confidencial.

También entiendo que si mi solicitud es denegada por cualquier motivo, puedo solicitar una apelación.

**Reconozco que se me pedirá que reembolse los fondos otorgados en virtud de esta solicitud si más tarde se determina que mi arrendador o yo recibimos asistencia para la duplicación.**

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma el nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ADVERTENCIA:** Es un delito penal hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier departamento o agencia del gobierno de los Estados Unidos en relación con cualquier asunto dentro de su jurisdicción (Sección 1001 del Título 18, código de EE. UU.)

-----*Sólo para uso de oficina*-----

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CDBG (80% AMI)         | <input type="checkbox"/> ESG-CARES (50% AMI)    |
| <input type="checkbox"/> CDBG- CARES (80% AMI)  | <input type="checkbox"/> EHA (120% AMI)         |
| <input type="checkbox"/> TERAP (80% AMI)        | <input type="checkbox"/> HHSP (30% AMI)         |
| <input type="checkbox"/> TERAP (60% AMI)        | <input type="checkbox"/> HHSP - CARES (30% AMI) |
| <input type="checkbox"/> EHAP - CARES (80% AMI) |   |

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha