



Declaración para protección contra desalojos

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han emitido una orden que podría protegerlo de que lo desalojen o saquen del lugar donde está viviendo. **Esto significa que si usted califica, podría permanecer en el lugar donde vive hasta el 3 de octubre del 2021.**

Cómo usar este formulario

1. Revise si califica para la protección contra desalojos, conforme a la orden de los CDC. Si necesita la ayuda de un experto, comuníquese con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los EE. UU. en el (800) 569-4287 o visite <https://www.hudexchange.info/programs/housing-counseling/rental-eviction/> para obtener la información de contacto de un consejero de vivienda local.
2. En la página siguiente, firme la declaración de que usted califica.
3. Entregue la página de declaración firmada a la persona o empresa que le alquila la vivienda (por ejemplo, la administración del edificio, el arrendador, etc.). Guarde una foto o copia para usted y llame al consejero que lo atendió, si tiene algún problema.

Si su arrendador no cumple con la orden de los CDC, puede estar sujeto a sanciones penales que incluyen multas y penas de cárcel.

1. ¿Califico?

Si puede marcar al menos una casilla en cada columna, usted califica.

Columna A

Y

Columna B

- ☐ Recibí un cheque de estímulo (pago por impacto económico) en el 2020 o 2021
- ☐ No tuve que reportar ningún ingreso al IRS en el 2020
- ☐ Estoy recibiendo **alguno** de los siguientes beneficios:
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
 - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - Seguridad de Discapacidad del Seguro (SSDI)
- ☐ En el 2020 o 2021, gané (o espero ganar) **menos de \$99 000** como declarante individual o **menos de \$198 000** como declarante conjunto

No puedo pagar el monto total del alquiler o del pago de la vivienda porque:

- ☐ Los ingresos en el hogar se han reducido considerablemente
- ☐ Me han despedido del trabajo
- ☐ Me han reducido las horas laborables o el salario
- ☐ Tengo gastos médicos extraordinarios que tengo que pagar por mi cuenta¹

Ninguna de las anteriores — No califica.

Ninguna de las anteriores — No califica.

¿Marcó al menos una casilla en cada columna? Su nivel de ingresos califica.

(Marque la primera casilla en la siguiente página)

¹Definidos como el 7.5 % o más de mi ingreso bruto ajustado para el año

