

Дата уведомления: _____

Имя и фамилия клиента: _____

Номер дела: _____

Дата окончания выплаты
пособия для оплаты аренды: _____

Период продления выплаты
пособия для оплаты аренды: _____

**Программа CityFHEPS
ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОДЛЕНИИ
(Russian)**

СРОК:

ИНСТРУКЦИИ

Чтобы и далее получать пособие для оплаты аренды, Вы должны выполнить следующие действия.

- Заполните и подпишите настоящую форму продления участия в программе.
- Ответьте на все вопросы.
- **Внимательно ознакомьтесь с вопросами и убедитесь, что вся информация указана точно.**
- Если Вы отметили «Нет» в каком-либо пункте, приведите свои исправления в настоящей форме.
- Отправьте **настоящую форму и подтверждающие документы** в прилагаемом конверте или отсканируйте и отправьте все документы не позднее указанной выше даты по адресу электронной почты:



Эл. почта: RAPrenewals@hra.nyc.gov



Почтовый адрес: CityFHEPS
NYC Human Resources Administration
109 East 16th Street, 10th Floor
New York, New York 10003

- Подробнее о подтверждающих документах читайте на **стр. 5**.

(См. на обороте)

1. Место жительства и контактные данные. Здесь указана информация, зарегистрированная в базе по Вашему делу.

Адрес:
Номер телефона:
Номер для связи в экстренных случаях:

Приведенная выше информация является верной? Да Нет Если вы отметили «НЕТ», укажите Ваши новые данные ниже.

Новый адрес:
Новый номер телефона:
Новый номер для связи в экстренных случаях:

2. Информация о семье.

Ниже представлена самая актуальная информация о Вашей семье, которой мы

Имя и фамилия	Дата рождения	Текущий статус денежного пособия

Приведенная выше информация является верной? Да Нет

Если вы отметили «Нет», заполните приведенную ниже карту и пришлите подтверждающие документы. Более подробная информация приведена на **стр. 5**.

Член семьи	Дата рождения	Номер социального обеспечения	Добавить	Удалить
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(См. на обороте)

3. Трудоустройство. Ниже представлена самая актуальная информация о работающих членах Вашей семьи, которой мы располагаем:

Имя и фамилия	Часы работы	Месячный доход

Приведенная выше информация является верной? Да Нет

Если вы отметили «Нет», заполните приведенную ниже карту и пришлите подтверждающие документы. Более подробная информация приведена на **стр. 5**.

Статус*	Член семьи	Место работы	Часы работы	Новая сумма дохода за месяц

*В пункте **Статус** укажите, следует ли **добавить**, **изменить** или **удалить** информацию о трудоустройстве этого члена семьи.

Если Вы не работаете, сообщите причину в поле ниже:

--

4. Прочие виды дохода:

Мы располагаем следующей информацией о доходе Вашей семьи, не связанном с трудовой деятельностью:

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма в месяц

Приведенная выше информация является верной? Да Нет

Если вы отметили «Нет», заполните приведенную ниже карту и пришлите подтверждающие документы. Более подробная информация приведена на **стр. 5**.

Добавить	Изменить	Удалить	Член семьи	Тип дохода	Новая сумма дохода за месяц
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(См. на обороте)

5. Информация об аренде.

Мы располагаем следующей информацией о Вашей ежемесячной арендной плате:

\$ _____

Вы будете платить арендную плату в этом размере после _____?
 Да Нет Не

знаю

Если вы отметили «Нет», какой будет Ваша ежемесячная арендная плата?

\$ _____

(Представьте новый договор аренды с новой информацией.)

6. Задолженность по аренде. Есть ли у Вас долги по арендной плате? Да Нет

Если вы отметили «Да», представьте дополнительную информацию. Более подробная информация приведена на стр. 5.

Подпись

Настоящим удостоверяю, что, по имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению, информация, предоставленная мной в Управление трудовых ресурсов Нью-Йорка (NYC Human Resources Administration), включая все подтверждающие документы, является точной и полной.

Подпись главы семьи: _____

Дата: _____

У вас есть психическое или физическое заболевание или инвалидность? Это мешает вам понять смысл данного уведомления или выполнить указанные в нем действия? Вам сложно воспользоваться другими услугами Управления трудовых ресурсов (Human Resources Administration, HRA) в связи с данным состоянием? **Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **212-331-4640**. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право требовать такую помощь.

(См. на обороте)

ИНСТРУКЦИИ о типах документов, которые следует представить

А. Документация / дальнейшее наблюдение. Не отправляйте оригиналы документов! Высылайте только копии.

№ 1. Место жительства и контактные данные. Документы не требуются.

№ 2. Сведения о семье. Если информация о Вашей семье соответствует действительности, предоставлять какие-либо дополнительные документы не требуется.

Если Вам необходимо включить новых членов семьи, представьте любой из следующих документов. (Обращаем Ваше внимание, что Вы должны указать доход, получаемый дополнительно внесенными членами семьи, и что внесение дополнительных членов семьи не обязательно приведет к изменению суммы предоставляемой Вам субсидии.)

- Удостоверение личности с фотографией, водительские права, паспорт гражданина США, свидетельство о натурализации, карта стационарного больного / врачебные записи, документы об усыновлении, свидетельство о рождении / крещении.

№ 3. Трудоустройство. Если Вы получаете денежное пособие и имеющаяся у нас информация, представленная на стр. 2, соответствует действительности, представлять какие-либо дополнительные документы не требуется.

Если Вы не получаете денежное пособие и работаете по найму, Вы **должны** представить что-либо из перечисленного ниже:

- 2 последних квитанции о начислении заработной платы;
- письмо с места работы с указанием рабочей нагрузки в часах и сумме заработной платы;
- письмо о прекращении трудовых отношений.

№ 4. Прочие виды дохода: Представьте любые из перечисленных ниже документов **только** в том случае, если доход на стр. 3 указан неправильно:

- копия действующей справки / письма о назначении пособия;
- копия чека на текущую выплату;
- официальные письма из Департамента труда штата Нью-Йорк (New York State Department of Labor), Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA), Управления по делам ветеранов (Veterans Administration) или органа, предоставляющего грант или назначающего выплаты;
- копия письма о прекращении трудовых отношений.

№ 5. Сведения об аренде. Если имеющаяся у нас информация, представленная на стр. 4, не соответствует действительности или если размер Вашей ежемесячной арендной платы изменится, направьте нам копию Вашего договора об аренде с Вашим арендодателем.

№ 6. Задолженность по аренде. Если Вы сообщаете о задолженности по аренде в настоящей форме, мы будем следить за состоянием оплаты. Обратите внимание, что если Вы не сообщите нам немедленно о задолженности по аренде, мы можем не продлить Ваше пособие для оплаты аренды (по программе CityFHEPS).

Адрес электронной почты и почтовый адрес приведены на **стр. 1**.

Если Вам нужна помощь, позвоните в справочно-информационный центр по вопросам помощи в оплате аренды жилья (Rental Assistance Call Center) по номеру 929-221-0043.