

Fecha de aviso: \_\_\_\_\_  
Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
Número de caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento del suplemento de asistencia de alquiler: \_\_\_\_\_  
Periodo de renovación del suplemento de asistencia de alquiler: \_\_\_\_\_

## PETICIÓN DE RENOVACIÓN DE CityFHEPS

**FECHA LÍMITE:**

### INSTRUCCIONES:

Para seguir recibiendo el suplemento de asistencia de alquiler usted tiene que:

- Rellenar y firmar este formulario de renovación.
- Contestar todas las preguntas.
- **Leer cuidadosamente toda la información y asegurarse de que esté correcta.**
- Añadir sus correcciones en este formulario si marca “no” en cualquiera de la casillas.
- Enviar **este formulario y los documentos de apoyo** por correo postal; también los puede escanear y enviar por correo electrónico, de aquí a la fecha límite mencionada arriba.



Por correo electrónico: [RAPrenewals@hra.nyc.gov](mailto:RAPrenewals@hra.nyc.gov)



Por correo postal: CityFHEPS  
NYC Human Resources Administration  
109 East 16th Street, 10th Floor  
New York, New York 10003

- Vea la **página 5** para informarse sobre la documentación de apoyo.

**(Gire la hoja)**

**1. Información sobre su domicilio y contacto:** Esta es la información que tenemos en nuestros archivos sobre usted:

Dirección:
Número telefónico:
Número para emergencias:

¿Es correcta la información anterior?  Sí  No Si marca "No", actualice su información a continuación:

<b>Dirección nueva:</b>
<b>Número telefónico nuevo:</b>
<b>Número para emergencias nuevo:</b>

**2. Información sobre el hogar:**

La siguiente información es la más reciente que tenemos sobre su hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Estado actual de Asistencia en Efectivo

¿Es correcta la información anterior?  Sí  No

Si marca "No", rellene el siguiente cuadro y envíenos prueba de la información. Para obtener más información, vea la **página 5**.

Miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Añadir	Retirar
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Gire la hoja)

**3. Empleo:** La siguiente información es la más reciente que tenemos sobre las personas que trabajan y viven en su hogar.

Nombre	Horas	Ingresos mensuales

¿Es correcta la información anterior?  Sí  No

Si marca "No", rellene el siguiente cuadro y envíenos prueba de la información. Para obtener más información, vea la **página 5**.

Estado*	Miembro del hogar	Empleador	Horas	Nuevo monto de ingresos mensuales

\*Para la casilla de **estado**, explique si tenemos que **añadir**, **cambiar** o **retirar** el empleo de la persona.

Si no está trabajando, favor de explicar la razón en el siguiente cuadro:

--

**4. Otros ingresos:**

Tenemos la siguiente información sobre los ingresos no ganados de su hogar:

Nombre	Tipo de ingresos	Monto de ingresos mensuales

¿Es correcta la información anterior?  Sí  No

Si marca "No", rellene el siguiente cuadro y envíenos prueba de la información. Vea la **página 5** para obtener más información.

Añadir	Cambiar	Retirar	Miembro del hogar	Tipo de ingresos	Nuevo monto de ingresos mensuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(Gire la hoja)

**5. Información sobre el alquiler:**

Tenemos la siguiente información sobre su alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_

¿Será este su alquiler después de \_\_\_\_\_?  Sí  No  No lo sé

Si la respuesta es "No", ¿cuánto será el alquiler mensual? \$ \_\_\_\_\_  
(Favor de proporcionarnos un contrato o acuerdo de alquiler actualizado.)

Para obtener más información, vea la página 5.

**6. Atraso de alquiler:** ¿Está usted atrasado(a) en el pago del alquiler?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", favor de enviarnos información adicional. Para obtener más información, vea la página 5.

**Firma**

Certifico que la información que estoy proporcionando a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*NYC Human Resources Administration*), incluido todo documento de apoyo, es precisa y completa según mi leal saber y entender.

**Firma del jefe/jefa del hogar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted alguna condición médica, de salud mental o alguna discapacidad? ¿Se le dificulta entender o hacer lo que pide este aviso, debido a su condición? ¿Se le dificulta obtener otros servicios de la HRA debido a su condición? **Nosotros podemos ayudarle.****  
Llámenos al **212-331-4640**. También puede pedir ayuda cuando visite las oficinas de la HRA. La ley le da derecho a pedir este tipo de ayuda.

**(Gire la hoja)**

## INSTRUCCIONES sobre los tipos de documentos que debe presentar.

### A. Documentación/Seguimiento: ¡No envíe los originales! Solo envíe copias.

**#1: Domicilio e información de contacto:** No se requiere documentación.

**#2: Información sobre el hogar:** Si la información sobre su hogar es correcta, no necesita proporcionar documentación adicional. Si necesita añadir miembros, favor de proporcionar cualquiera de los siguientes documentos: (Note que todo ingreso por parte de miembros adicionales tiene que ser notificado y el añadir miembros adicionales puede o no resultar en algún cambio en el subsidio).

- Identificación con foto, licencia de conducir, pasaporte de los EE.UU., certificado de naturalización, registro de hospital/doctor, documentos de adopción, partida de nacimiento/bautismo.

**#3: Empleo:** Si usted recibe Asistencia en Efectivo y la información que tenemos en la página 2 es correcta, no tiene que proporcionar documentación adicional.

Si no recibe Asistencia en Efectivo y tiene empleo, usted **debe** presentar cualquiera de los siguientes documentos:

- Los 2 talones de pago más recientes
- Carta de empleo que indique las horas y el sueldo
- Carta de despido

**#4: Otros ingresos:** Presente cualquiera de los siguientes documentos **solo** si el ingreso que tenemos en la página 3 es incorrecto:

- Copia del certificado/la carta de asignación actual,
- Copia del cheque actual de beneficios,
- Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, de la Administración de Seguridad Social (SSA), de la Administración de Veteranos de Guerra, o de la agencia que administra el subsidio/la asignación,
- Copia de la carta de despido

**#5: Información sobre el alquiler:** Si la información que tenemos en la página 3 no es correcta, favor de enviarnos una copia del contrato de alquiler u otro acuerdo de alquiler que tenga con el arrendador.

**#6: Atraso de alquiler:** si nos informó mediante este formulario que tiene atraso de alquiler, le daremos seguimiento. Favor de tener en cuenta que si usted no nos informa inmediatamente sobre el atraso de alquiler, es posible que no le renovemos el suplemento de asistencia de alquiler para la Lucha de la Ciudad contra la Falta de Vivienda y por la Prevención del Desalojo (*City Fighting Homelessness and Eviction Prevention Supplement, CityFHEPS*).

Para ver la dirección electrónica y de correo postal, favor de proceder a la **página 1**.

**Para recibir ayuda, llame al Centro de Llamadas de la Asistencia de Alquiler al 929-221-0043.**