Human Resources Administration
Department of Homeless Services
Department of Social Services

Richiesta di modifica al proprio importo del supplemento di assistenza per l'affitto CityFHEPS (Italian)

Se il suo reddito è variato e Lei intende chiedere una modifica al suo importo del supplemento di assistenza per l'affitto CityFHEPS, compili il presente modulo.

Sezione 1: Informazioni sul locatario		
Nome:	Cognome:	
Indirizzo:		Appartamento/camera Numero:
Città	Stato	Codice postale:

Sezione 2: Informazioni sulla variazione del reddito
Il reddito del mio nucleo familiare è: ☐ aumentato ☐ diminuito ☐ terminato
Spieghi i motivi per cui il suo reddito è variato: _____ _____ _____ _____

Sezione 3: Riepilogo del reddito attuale

Compili i campi di seguito. Includa ogni persona che vive con Lei e che attualmente percepisce un reddito. Ne includa il nome, la fonte di reddito (ad esempio, lavoro, Reddito previdenziale supplementare [Supplemental Security Income, SSI], prestazioni dell'Assicurazione di disoccupazione [Unemployment Insurance Benefits]) e il rispettivo reddito totale mensile.

Componente del nucleo familiare	Fonte di reddito	Totale mensile

(Continua alla pagina successiva)

Sezione 4: Documenti

Apponga un segno di spunta (✓) accanto ai documenti giustificativi che Lei presenterà insieme al presente modulo compilato.

	Documenti giustificativi
☐	Buste paga
☐	Lettera di assunzione
☐	Lettera di attribuzione di SSI o SSD (Disabilità previdenza sociale)
☐	Lettera di prestazioni dall'Assicurazione per disoccupazione
☐	Altro

Sezione 5: Aumento al canone di affitto massimo previsto da CityFHEPS

Se il locatore le ha aumentato il canone di affitto annuale, l'HRA può aumentarle il sussidio fino al canone massimo annuale relativo alle dimensioni del suo nucleo familiare

Inserisca il nuovo importo del suo canone di affitto annuale: $ _____

Insieme alla presente domanda compilata, Lei deve allegare un contratto di locazione firmato, in cui sia riportato il nuovo importo del canone di affitto.

Sezione 6: Attestazione

Dichiaro sotto pena di spergiuro che tutte le affermazioni espresse nel modulo e nei documenti ad esso allegati sono corrette e complete per quanto a mia conoscenza. Certifico che, firmando il presente modulo, accetto lo svolgimento di verifiche da parte dell'Amministrazione delle risorse umane (Human Resources Administration, HRA) della Città di New York, finalizzate ad accertare o confermare le informazioni che ho presentato e stabilire la mia ammissibilità a una modifica del mio importo del supplemento di assistenza per l'affitto.

_____ _____

Firma Data

(Continua alla pagina successiva)

Sezione 7: Opzioni per l'inoltro della domanda

Per consegnare il suo modulo compilato e i documenti giustificativi, utilizzi **una** delle opzioni riportate di seguito.

App mobile: fotografi tutte le pagine di questo modulo **E** tutti i suoi documenti. Quindi, carichi tutte le immagini dal suo cellulare o tablet tramite l'app mobile ACCESS HRA!

www.nyc.gov/accesshramobile

e-mail: CityFHEPSRenewals@hra.nyc.gov

Di persona: 109 East 16th Street
New York, NY 10003
tra le 8:30 e le 17:00

Lei ha un problema di salute fisica o mentale oppure una disabilità? Questo problema le rende difficile comprendere questa comunicazione o fare ciò che la comunicazione chiede? Questo problema le rende difficile ottenere altri servizi presso l'HRA? **Possiamo aiutarla.** Ci telefoni al numero **718-557-1399**. Lei può anche chiedere aiuto in occasione di una sua visita presso un ufficio dell'HRA. Lei ha diritto per legge di richiedere questo tipo di assistenza.