Human Resources Administration
Department of Homeless Services
Department of Social Services

# Solicitud de modificación del monto del suplemento de asistencia para el pago del alquiler de CityFHEPS (Spanish)

Complete este formulario si sus ingresos cambiaron y desea solicitar una modificación del monto del suplemento de asistencia para el pago del alquiler de CityFHEPS.

| **Sección 1: Información del inquilino** | | |
|---|---|---|
| Nombre: | Apellido: | |
| Dirección: | | Apartamento/habitación Número: |
| Ciudad | Estado | Código postal: |

| **Sección 2: Información sobre cambios en los ingresos** |
|---|
| Los ingresos del grupo familiar han: ☐ Aumentado ☐ Disminuido ☐ Terminado |
| Explique por qué cambiaron sus ingresos:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |

**Sección 3: Resumen de ingresos actuales**

Complete los campos de abajo. Incluya a todas las personas que viven con usted y que actualmente reciben ingresos. Incluya el nombre de cada persona, la fuente de ingresos (por ejemplo: trabajo, Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], beneficios del seguro de desempleo) y sus ingresos mensuales totales.

| Miembro del grupo familiar | Fuente de ingresos | Total mensual |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**(Pase la página)**

## Sección 4: Documentos

Marque con una cruz (✓) los documentos de respaldo que presentará junto con este formulario completado.

| | Documentos de respaldo: |
|---|---|
| ☐ | Recibos de pago |
| ☐ | Carta de empleo |
| ☐ | Carta de aprobación del SSI o del Seguro Social por Discapacidad (Social Security Disability, SSD) |
| ☐ | Carta de beneficios por seguro de desempleo |
| ☐ | Otro |

## Sección 5: Aumento del límite máximo de alquiler de CityFHEPS

Si su arrendador aumentó su alquiler anual, la HRA puede aumentar su subsidio hasta el alquiler máximo anual para el tamaño de su grupo familiar.

Indique el nuevo monto de su alquiler anual: $ _____

**Debe enviar un contrato de arrendamiento firmado en el que figure el nuevo monto del alquiler junto con esta solicitud completada.**

## Sección 6: Declaración

Declaro bajo pena de perjurio que todas las declaraciones realizadas y todos los documentos presentados junto con este formulario son correctos y completos a mi leal saber y entender. Certifico que, al firmar este formulario, acepto que la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (Human Resources Administration, HRA) lleve a cabo una investigación para verificar o confirmar la información que he presentado, así como para determinar si soy elegible para modificar el monto de mi suplemento de asistencia para el pago del alquiler de CityFHEPS.

_____ _____

Firma Fecha

**(Pase la página)**

## Sección 7: Opciones de envío

Use **una** de las siguientes opciones para enviar su formulario completado y los documentos de respaldo:

**Aplicación móvil:** Tome fotos de todas las páginas de este formulario **Y** de todos los documentos. Luego, ¡cargue todas las fotos de su teléfono móvil o tableta con la aplicación móvil ACCESS HRA!

www.nyc.gov/accesshramobile

**Correo electrónico:** CityFHEPSRenewals@hra.nyc.gov

**En persona:** 109 East 16th Street
New York, NY 10003
Entre las 8:30 a. m. y las 5:00 p. m.

**¿Tiene alguna afección médica, de salud mental o alguna discapacidad?** ¿Esta afección le dificulta entender este aviso o hacer lo que este aviso solicita? ¿Esta afección le dificulta obtener otros servicios en HRA? **Podemos ayudarle.** Llámenos al **718-557-1399**. También puede solicitar ayuda cuando visite una oficina de HRA. Según la ley, tiene derecho a pedir este tipo de ayuda.