Human Resources Administration
Department of Homeless Services
Department of Social Services

CityFHEPS 租金援助补助金额更改申请 (Simplified Chinese)

如果您的收入发生变化，并希望调整 CityFHEPS 租金援助补助金额，请填写此表。

第 1 部分：承租人信息		
名字：	姓氏：	
地址：		公寓/房间号码：
城市	州	邮政编码：

第 2 部分收入变化信息

我的家庭收入： ☐ 已增加 ☐ 已减少 ☐ 已终止

请说明您的收入发生变化的原因：

_____

_____

_____

_____

第 3 部分当前收入概况

请填写下列信息。列出与您同住且目前有收入的每一位家庭成员。列出其姓名、收入来源（例如：工资、社会安全补助金 [Supplemental Security Income, SSI]、失业保险金），及其每月总收入。

家庭成员	收入来源	每月总额

（转下页）

第 4 部分文件

请在您随本表一并提交的证明文件旁打勾 (✓)。

	证明文件
☐	工资单
☐	雇佣信函
☐	SSI 或社会安全残障保险 (Social Security Disability, SSD) 发放函
☐	失业保险金信函
☐	其他

第 5 部分提高 CityFHEPS 租金上限

如果您的房东提高了年租金，HRA 可以将您的补贴提高至与您家庭人数相对应的年度最高租金标准。

请输入新的年租金金额：$ _____

您必须提交带新租金金额的已签署租约以及填妥的申请表。

第 6 部分：声明

本人声明，本人在此表格及所呈交文件中所提供的内容及资料，就本人所知属实且完整，如有不实，甘受伪证罪惩罚。本人声明，一旦在本表格上签名，即代表本人同意由纽约市人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) 开展调查，以核实或确认本人提交的信息，并确定本人是否有资格更改 CityFHEPS 租金援助补助金额。

_____ _____

签名 日期

（转下页）

第 7 部分：提交方式

请使用以下方式之一来提交您填妥的表格和支持文件：

移动应用程序： 拍摄此表格及所有文件的所有页面。然后，使用 ACCESS HRA 移动应用程序从手机或平板电脑上传所有图片！

www.nyc.gov/accesshramobile

电子邮件： CityFHEPSRenewals@hra.nyc.gov

现场提交： 109 East 16th Street
New York, NY 10003
上午 8:30 至下午 5:00 之间

您是否患有医疗或心理健康方面的疾病，或存在残障？该状况是否导致您难以理解本通知内容，或无法完成本通知要求的事项？该状况是否导致您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可以为您提供协助。**请致电 **718-557-1399** 与我们联系。您到访 HRA 办公室时，也可现场申请协助。根据法律规定，您有权申请此类协助。