

日期: \_\_\_\_\_

### CityFHEPS 计划参与者协议 (Simplified Chinese)

计划申请人姓名: \_\_\_\_\_

本人, \_\_\_\_\_, 已申请 **CityFHEPS** 计划的每月租房补助, 以帮助本人家庭支付本人亲自查看过的以下住宅的房租:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人了解并同意以下条款:

1. 本人同意:
  - 提供有关收入和家庭结构的准确、完整、最新信息;
  - 提供核实本人家庭资格所需的证明文件;
2. 本人提供的与本人申请 **CityFHEPS** 相关的信息均将接受 **HRA** 的核实。如有任何信息不正确, 本人的申请可能被 **CityFHEPS** 拒绝。
3. 本人同意通过调查来核实或确认本人提供的与本人申请 **CityFHEPS** 相关的信息。如果需要其他信息, 我会提供。

如果获得 **CityFHEPS** 批准，本人进一步了解并同意以下条款：

1. 本人的 **CityFHEPS** 批准通知将列出本人的 **CityFHEPS** 租房补助金额。
2. **HRA** 将每月直接向本人房东（或其指定人员）支付 **CityFHEPS** 租房补助金额。
3. 本人了解，**HRA** 将会支付租房补助金额。如果本人居住在纽约市五 (5) 大行政区内且领取现金援助 (**Cash Assistance**)，**HRA** 也可向本人房东（或房东的指定人员）支付住房津贴。本人了解，剩余的房租由本人负责支付。
4. 本人同意申请本人有权获得的所有工作援助。此类工作援助包括公共福利和税收减免，如劳动所得税减免 (**Earned Income Tax Credit, EITC**)、儿童税收抵免 (**Child Tax Credit, CTC**) 和托儿税收减免 (**Child Care Tax Credit, CCTC**)。如需报税援助，本人可以访问 [www.nyc.gov/taxprep](http://www.nyc.gov/taxprep) 或拨打 311 并要求“报税援助”。
5. 本人必须尽力保有住房。
6. 如果本人居住在纽约市内，本人可以从当地 **Homebase** 办公室或其他指定服务提供者处获得房东-承租人调解和反驱逐等服务方面的帮助和转介。
7. 本人家庭中有资格获得现金援助 (**CA**) 的所有成员必须领取 **CA**。
8. 如果本人家庭可能有资格获得任何联邦或州住房福利，包括第 8 节的福利或 **FHEPS**，本人必须申请此类福利并在提供时予以接受。
9. 如果本人家庭有资格入住 **HRA** 庇护所，则本人家庭中不能包含使家庭符合入住 **HRA** 庇护所资格的家庭成员。
10. 本人在搬入新公寓之前必须获得 **HRA** 的批准。
11. 如果发生以下情况，本人同意立即拨打 718-557-1399 通知 **HRA**:
  - 本人搬家；
  - 本人收到驱逐文件；
  - 本人房东或房租收款人变动；或者
  - 本人拖欠房租。
12. 如果本人租住的是一个房间或单人房居住 (**Single Room Occupancy, SRO**) 单元，但家中计划增加未满 18 岁的成员，本人会立即拨打 718-557-1399 通知 **HRA**，以便在帮助下搬进公寓。

- 13. 本人了解，CityFHEPS 不能与任何其他租房援助计划共用，但事先获得 HRA 批准的计划除外。
- 14. 本人将全力配合市政府对 CityFHEPS 计划的管理。

**须知事项**

- 房东或中介不得拒绝接受 CityFHEPS。根据《纽约市人权法》(NYC Human Rights Law) 或纽约州人权法(NYS Human Rights Law)，拒绝接受 CityFHEPS 可能构成收入来源歧视罪。
- 禁止与房东和中介进行私下交易。
- 如果房东或中介拒绝接受 CityFHEPS 或要求与您进行私下交易，请致电 **718-557-1399** 联系 DSS 收入来源歧视办事处 (Source of Income Discrimination Unit)。
- HRA 押金凭证可视为押金。房东或中介不得要求您支付任何额外的押金。
- 中介不得要求您支付任何额外的中介费。
- 房东不能强迫您搬至其他住房单元。
- 如果您在排查时看到的单元与您入住的单元不同，请立即拨打 HRA 欺诈热线 **718-557-1399**。

*所需签名*

本人已阅读并了解本“计划参与者理解声明书”，并且同意其条款。

\_\_\_\_\_  
日期                      计划申请人签名

本人已阅读并了解本“计划参与者理解声明书”。本人同意全力配合 HRA 及其对 CityFHEPS 计划的管理，并且提供本人收入的准确信息以及需要的任何其他信息。本人同意通过调查来核实或确认本人提供的与 HRA 对 CityFHEPS 的管理相关的任何信息。

\_\_\_\_\_  
日期                      家庭成员姓名                      家庭成员签名

\_\_\_\_\_  
日期                      家庭成员姓名                      家庭成员签名

\_\_\_\_\_  
日期                      家庭成员姓名                      家庭成员签名

以下成人家庭成员因下列原因而未在本协议上签名：

---

---

\_\_\_\_\_  
个案管理员或住房顾问姓名

\_\_\_\_\_  
个案管理员或住房顾问签名

\_\_\_\_\_  
日期

个案管理员或住房顾问签名确认上述家庭成员的信息。

**CityFHEPS** 与联邦第 8 节计划类似，在资金允许的情况下，可向希望缔结房屋租赁关系的房东及租客提供援助，包括指定金额的租金援助。合同关系仅限于参与计划的各租户和参与计划的各租户之房东。

**您是否有生理或心理健康疾病或残障问题？** 此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事项？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可以为您提供帮助。** 请致电 718-557-1399 与我们联系。您也可以在拜访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。