



**Department of
Social Services**

DSS-7q (TC) 05/24/2021 (page 1 of 4)
(E) 05/19/2021 LLF

日期: _____

轉介機構/CBO : _____

**CityFHEPS 申請
(公寓和單人房占用單位)
(Traditional Chinese)**

這是下方家庭的 CityFHEPS 申請書。我們代表該家庭提交填妥的申請書，包含 CityFHEPS 資料包封面頁。如果符合資格，請批准並核發適當的社會服務局 (Department of Social Services, DSS) 支票和文件。

1. 轉介來源	2. 申請類型
<input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> DYCD <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> 留住 <input type="checkbox"/> 新搬家 <input type="checkbox"/> 轉移搬家

3. 家庭資訊					
申請人姓名：			現金援助 (CA) 個案號碼		
地址：			成年人：	未成年子女：	
姓名	出生日期	與申請人的關係	CA 狀態	收入/頻率	收入類型
		自己			

4. 家庭資訊	
1. 租賃租金：	\$ _____
a. 此是否為租金穩定公寓？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
i. 若是，目前的租金是否為「優惠租金」？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
ii. 若是，「非優惠租金」是多少？	\$ _____
b. 租金是否包含暖氣和熱水費用？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. CA 家庭人數	\$ _____
3. 領取 CA 之家庭成員的總收入：	\$ _____
4. 請輸入 4a 或 4b 兩者之中較大的金額	\$ _____
a. CA 家庭人數的每月標準 CA 住房補助為	\$ _____
b. 30% 的 CA 家庭每月總收入為	\$ _____
5. 未領取 CA 之家庭成員的總收入（若適用）：	\$ _____
a. 30% 的每月總收入（若適用）：	\$ _____
6. 請輸入 # 4 和 # 5a 的總金額	\$ _____
7. 提議的 CityFHEPS 每月租金補助：（# 1 減 # 6）：	\$ _____
8. 申請的積欠租金撥款（如適用）：	\$ _____
9. 申請的法務與律師費用款項（如適用）：	\$ _____

5. 公寓資訊					
房東姓名：					
房東的地址			租賃地址		
門牌號碼、街、公寓/房號：			門牌號碼、街、公寓/房號：		
城市：	州：	郵遞區號：	城市：	州：	郵遞區號：

6. 付款申請

搬遷至的新公寓

- 支付金額為 _____ 美元，作為第一個完整月份的租金與：
- 3 個月的 CityFHEPS 每月租金補助
 - 或
 - 11 個月的 CityFHEPS 每月租金補助（若適用），支票抬頭為：

(房東或授權收款人)

- 支付金額為 _____ 美元，作為仲介費，支票抬頭為：

(仲介姓名或公司名稱)

- 支付金額 4,300.00 美元，作為獎勵紅利

- 如果客戶可以在租約開始日期前搬入，請勾選方塊*

* 若該家庭可以在核准之後的第一天搬家，可提供部分的租金（若在當月第 3 日或之前核准，或是在當月月底前倒數第 3 日或之後核准者除外）。若在當月第 3 日或之前核准，當月將記為第一個完整月份。

保留現有公寓

- 支付金額為 _____ 美元，作為 _____ 期間的積欠款 _____，支票抬頭為：

(房東或授權收款人)

- 支付金額為 _____ 美元，作為法務與律師費用，支票抬頭為：

(公司名稱)

(翻頁)

證明：

本人依據偽證懲處條例，聲明本申請書所作的**所有陳述以及提交的所有文件**，在本人所知範圍內，均屬**正確完整**。本人保證，簽署本申請書即表示本人同意紐約市人力資源管理局 (**Human Resources Administration, HRA**) 進行調查，以**證實或確認**本人所提交的資訊，並決定本人參加**CityFHEPS** 的資格。

(申請人正楷姓名)

(申請人簽名)

您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？此問題是否使得您難以瞭解此通知或完成此通知所要求事情？此問題是否使您難以取得 **HRA** 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力**。致電 **212-331-4640** 聯絡我們。您也可以前往 **HRA** 辦公室尋求協助。根據法律，您有權尋求此類協助。

簽名：

個案工作人員 (正楷姓名)

個案工作人員 (簽名)

主管 (正楷姓名)

主管 (簽名)