

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

如果您的收入有变，且正寻求更改 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	邮编：

第 2 部分：收入变化信息
我的家庭收入： <input type="checkbox"/> 已增加 <input type="checkbox"/> 已减少 <input type="checkbox"/> 无收入
请说明您收入变化的原因：

第 3 部分：当前收入摘要		
请填写下列字段。列出与您同住且目前有收入的每位人士。列出其姓名、收入来源（例如：工资、社会安全生活补助金 [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

第 4 部分：文件	
请在您随附本填妥表格一同提交的支持文件旁打勾 (✓)。	
	支持文件
	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：CityFHEPS 最高租金增加
如果您的房东提高了您的年租金，HRA 可将补贴增加至您家庭人数相应的最高年租金。
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：证明	
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

第 7 部分：提交方式

请通过以下任一方式提交填妥的表格以及支持文件：



电子邮件： raprenewals@hra.nyc.gov



亲自提交： 109 East 16th Street, 1st Floor, Room 102
New York, NY 10003

位于 _____ 与 _____ 之间

您是否有医疗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事情？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可助您一臂之力。** 致电 **212-331-4640** 联系我们。您也可以造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。