

Petición para modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS

Rellene este formulario si su ingreso ha cambiado y si está solicitando modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS.

Sección 1: Información sobre el inquilino		
Nombre:	Apellido:	
Dirección:	Núm. de apartamento o habitación:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 2: Información sobre el cambio de ingreso
El ingreso de mi hogar ha: <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> acabado
Favor de explicar por qué ha cambiado el ingreso:

Sección 3: Resumen del ingreso actual		
Rellene las casillas que siguen a continuación. Incluya a cada persona que viva con usted y que actualmente reciba ingresos. Incluya el nombre, la fuente de ingreso (ejemplo: trabajo, Ingreso Suplementario de Seguridad Social [SSI], Beneficios de Seguro de Desempleo) y el ingreso mensual total.		
Integrantes del hogar	Fuentes de ingreso	Total mensual

(Gire la hoja)

Sección 4: Documentos

Coloque una marca de cotejo (✓) junto a los documentos de prueba que usted adjunta a este formulario relleno.

	Documentos de prueba
	Talones de paga
	Carta de empleo
	SSI o carta de asignación de Seguridad Social por Discapacidad (SSD)
	Carta de Beneficios de Seguro de Desempleo
	Otro documento

Sección 5: Aumento en la cantidad máxima del alquiler de CityFHEPS

Si su arrendador ha aumentado el alquiler anual, la HRA puede aumentar su subsidio hasta llegar a la cantidad anual máxima permitida para el número de integrantes de su hogar.

Por favor anote su nuevo alquiler: \$ _____

Usted debe enviar con esta solicitud el nuevo contrato de alquiler firmado, que refleje la nueva cantidad de alquiler a pagar.

Sección 6: Testimonio

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones aquí hechas y los documentos presentados con este formulario, son correctos y completos, según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario certifico que estoy de acuerdo con la investigación realizada por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) para verificar y confirmar la información presentada, y determinar mi elegibilidad para modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS.

Firma

Fecha

(Gire la hoja)

Sección 7: Opciones para presentar el formulario

Favor de utilizar **una** de la opciones mencionadas a continuación para presentar el formulario relleno y los documentos de prueba:



Correo electrónico: raprenewals@hra.nyc.gov



En persona: 109 East 16th Street, 1st Floor (1er piso), Room 102
New York, NY 10003

Entre las _____ y _____

¿ Tiene usted alguna condición médica, de salud mental o alguna discapacidad? ¿Se le dificulta entender o hacer lo que pide este aviso, debido a su condición? ¿Se le dificulta obtener otros servicios de la HRA debido a su condición? **Nosotros podemos ayudarle. Llámenos al 212-331-4640. También puede pedir ayuda cuando visite las oficinas de la HRA. La ley le da derecho a pedir este tipo de ayuda.**