



Department of
Social Services

CityFHEPS 房租援助補助金額調整申請 (Traditional Chinese)

若您的收入已有所變動，且您正尋求調整 CityFHEPS 房租援助補助金額，請填妥此表格。

第 1 節：租戶資訊		
名字：	姓氏：	
地址：	公寓/房間 號碼：	
城市	州	郵遞區號：

第 2 節：收入變動資訊
我的家庭收入： <input type="checkbox"/> 已增加 <input type="checkbox"/> 已減少 <input type="checkbox"/> 已無收入
請說明您收入變動的原因：

第 3 節：目前收入概述		
請填妥下列欄位。包括與您同住且目前有收入的每位人士。包括對方姓名、收入來源（例如：工作、社會安全生活補助金 [Supplemental Security Income, SSI]、失業保險福利等），以及對方的每月收入總額。		
家庭成員	收入來源	每月總額

第 4 節：文件	
請在隨附此填妥表格一同提交的證明文件旁打勾 (✓)。	
	證明文件
	薪資單
	就業信函
	SSI 或社會安全傷殘補助 (Social Security Disability, SSD) 發放信函
	失業保險福利信函
	其他

第 5 節：CityFHEPS 最高租金增加
如果您的房東增加了每年租金，HRA 可以將補貼增加到您家庭規模的最高每年租金。
請輸入新的每年租金金額： \$ _____
您必須提交含新租金金額的已簽名租約以及此填妥的申請表。

第 6 節：證明	
本人依據偽證懲處條例，聲明本表格所作的 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，一旦簽署本表格，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，藉此證實或確認本人所提交的資訊，同時決定本人申請 CityFHEPS 房租援助補助金額調整的適用資格。	
_____	_____
簽名	日期

第 7 節：提交方式

請使用下列其中一種方式來提交您已填妥的表格及證明文件：



電子郵件：raprenewals@hra.nyc.gov



親自辦理： 109 East 16th Street, 1st Floor, Room 102
New York, NY 10003

位於 _____ 與 _____ 之間

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。