



Fecha: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Volumen de casos: \_\_\_\_\_

### Aprobación por vez única del subsidio para tarifas de almacenaje que exceden el límite

Yo pedí ayuda para pagar las tarifas de almacenaje.

Comprendo que mis pertenencias y/o la cantidad de depósitos de almacenaje que tengo exceden el límite de tarifa de almacenaje establecido por la Administración de Recursos Humanos (*Human Resources Administration, HRA*) o bien están almacenadas con una compañía a la que la *HRA* actualmente no le paga.

Comprendo que, si soy elegible, la *HRA* podría aprobar un subsidio por vez única para pagar tarifas de almacenaje. Para evitar que mis pertenencias sean subastadas, la *HRA* podría aprobar un monto máximo que equivalga al total que actualmente debo.

Se espera que durante el próximo mes, yo reduzca el número de depósitos de almacenaje que tengo o el tamaño y/o el costo de los mismos, para así cumplir con el requisito del límite de almacenaje de la *HRA*. Se espera también que use una compañía a la que la *HRA* le pagará.

Comprendo que si vuelvo a pedir ayuda, mi petición podría ser desaprobada si el depósito de almacenaje que tengo excede los límites de espacio fijados en el plan de la Administración de Independencia Familiar de la *HRA* (*Family Independence Administration, FIA*), y que aparecen a continuación:

**Planilla de límite de almacenaje de la *HRA* y la *FIA***

Personas en el hogar	Tamaño del espacio	Tarifa máxima
1+	5x5x4 - 100 pies cúbicos	\$60.00
1+	5x5x8 - 200 pies cúbicos	\$150.00
1+	5x10x8 - 400 pies cúbicos	\$216.00
2+,3+	5x15x8 - 600 pies cúbicos	\$279.00
4+,5+	10x10x8 - 800 pies cúbicos	\$368.00
6+	10x15x8 - 1200 pies cúbicos	\$547.00

(Gire la hoja)

Firma del solicitante/participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del trabajador(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿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 718-557-1399. También puede pedir ayuda cuando visite las oficinas de la HRA. La ley le da derecho a pedir este tipo de ayuda.