

**特别一次性援助 (SPECIAL ONE TIME ASSISTANCE, SOTA) 计划
参与者协议
(Simplified Chinese)**

特别一次性援助 (Special One Time Assistance, SOTA) 计划将为符合资格的游民服务局 (Department of Homeless Services, DHS) 客户预先支付一年租金，使之能够在纽约市内搬迁、搬迁至纽约州管辖下的其他郡县或纽约州以外地区。

SOTA 适用于有收入并且能够支付未来租金的个人和家庭。收入可以来自于就业、社会安全辅助收入 (Supplemental Security Income, SSI)、社会安全残障 (Social Security Disability, SSD) 福利或其他收入来源。租金不能超过家庭收入的 40%，家庭收入不能超过纽约市地区中等收入 (Area Median Income, AMI) 的 80%。

计划申请人姓名： _____

本人， _____，已向以下单元（“SOTA 单元”）
申请一年 SOTA 补助金，本人已亲自选择：

地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

作为 SOTA 计划参与者，本人同意以下内容：

- 提供有关收入和家庭人口的准确、完整且最新的信息。
- 提供核实本人家庭资格所需的证明文件。
- 进行调查来核实或确认本人提供的与本人申请 SOTA 相关的信息。如果需要其他信息，本人将提供。
- SOTA 计划将每月直接向房东支付租金，持续一年。
- 社会服务局 (Department of Social Services, DSS) 可使用本人的姓名和社会安全号码建立一个账户，以每月向房东支付租金。
- 本人明白，在 SOTA 补助金覆盖的一年结束时，本人将自行支付租金。

(请翻页)

- 本人明白，在 SOTA 补助金覆盖期间，本人不得转租该 SOTA 单元。
- 本人将尽一切努力维持当前或预计的每月收入_____。
- 若本人的收入来源是社会安全福利，本人将遵守本人从中获得福利的计划的任何要求。
- 若本人的收入来源是就业，本人将尽一切努力维持这份工作。
- 本人明白，若业房东未能妥善维护或对 SOTA 单元进行必要的维修，本人必须以书面形式通知房东。若未进行必要的维修，本人则有权扣留租金，或在针对房东的任何诉讼或诉讼中，要求根据适用法律向法院支付租金，前提是本人向 DSS 提交适当的文件。
- 本人应全力配合市政府对 SOTA 计划的管理。
- 若发生以下情况，本人将立即拨打 718-557-1373 通知 DSS：
 - 本人搬家；
 - 本人收到驱逐文件；
 - 本人房东或房租收款人的变动；或
 - 本人想申请扣留房租。请注意，由于审查和处理需要时间，扣留在申请后的月份才能开始。

所需签名

本人已阅读并了解本“计划参与者理解声明书”，并且同意其条款。

日期

计划申请人签名

(请翻页)

本人已阅读并了解本“计划参与者理解声明书”。本人同意全力配合 DSS 及其对 SOTA 计划的管理，并且提供本人收入的准确信息以及需要的任何其他信息。本人同意通过调查来核实或确认本人提供的与 DSS 对 SOTA 的管理相关的任何信息。

日期 家庭成员姓名 家庭成员签名

日期 家庭成员姓名 家庭成员签名

日期 家庭成员姓名 家庭成员签名

以下成人家庭成员因下列原因而未在本协议上签名：

个案管理员或住房顾问姓名

个案管理员或住房顾问签名 日期

个案管理员或住房顾问签名确认上述家庭成员的信息。

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的事情？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。** 请致电 212-331-4640 联系我们。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。