

**특별 일회 지원(SPECIAL ONE TIME ASSISTANCE, SOTA) 제도
참가자 계약
(Korean)**

특별 일회 지원 (SOTA) 프로그램은 1년 치 임대료 전액을 적정 자격의 노숙자 서비스 부서(Department of Homeless Service, DHS) 고객에게 지급하여 뉴욕시 안에서, 뉴욕주 다른 카운티로 또는 뉴욕주 밖으로 이주하게끔 도와주는 제도입니다.

SOTA는 향후 본인의 임대료를 낼 수 있는 소득이 있는 개인이나 가족이 이용할 수 있습니다. 급여, 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI), 사회보장 장애수당(Social Security Disability, SSD) 또는 기타 수입원이 소득에 해당합니다. 임대료는 가구 소득의 40%를 초과할 수 없으며 가구 소득은 뉴욕시 지역 중위 소득(Area Median Income, AMI)의 80%를 초과할 수 없습니다.

프로그램 신청자 이름: _____

본인 _____은(는) 개인적으로 선택한 다음 세대('SOTA 세대')의 1년 치 SOTA 보조금을 신청하였습니다.

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

SOTA 프로그램 참여자로서, 본인은 다음에 동의합니다.

- 수입 및 가구 구성에 대한 정확하고 완전한 최신 정보를 제공합니다.
- 본인 가구의 자격 여부를 확인하는 데 필요한 증빙 서류를 제공합니다.
- SOTA에 대한 요청과 관련하여 본인이 제공한 정보를 입증 또는 확인하는 조사에 동의합니다. 추가 정보 요청이 있으면 이를 제공할 것입니다.
- SOTA 프로그램은 임대주에게 1년 동안 매달 임대료를 직접 지불하게 됩니다.
- DSS는 본인의 이름과 사회보장번호를 사용하여 임대주에게 월 임대료를 지불할 목적으로 계좌를 설립할 수 있습니다.
- 본인은 SOTA 보조금 지원 해당연도의 연말에 본인의 임대료를 스스로 지불해야 할 책임이 있다는 것을 이해합니다.

(뒷면에 계속)

- 본인은 SOTA 보조금 지급 기간 동안 해당 SOTA 세대를 다른 이에게 전대하는 것이 허용되지 않는다는 것을 이해하였습니다.
- 본인은 현재 소득 또는 예상되는 월별 소득 _____를 유지하기 위해 노력할 것에 동의합니다.
- 본인의 소득원이 사회 보장 혜택인 경우, 혜택을 받고 있는 프로그램의 모든 요구사항을 준수할 것입니다.
- 본인의 소득원이 급여인 경우, 해당 직장을 유지하기 위해 모든 노력을 할 것입니다.
- 임대주가 SOTA 세대를 제대로 관리하지 못하거나 필요한 수리를 하지 못하면 본인이 임대주에게 해당 사실을 서면으로 통지해야 한다는 것을 이해하였습니다. 본인은 필요한 수리를 하지 않을 경우, DSS 에 적절한 서류를 제출하는 조건에서 임대료를 보류하거나 임대인에 대한 소송 또는 소송과 관련하여 관련 법률에 따라 법원에 임대료를 청구할 권리가 있습니다.
- SOTA 프로그램 관리와 관련해 시에 전적으로 협력하겠습니다.
- 본인은 다음과 같은 경우 718-557-1373 번으로 전화하여 DSS 에 즉시 통보하는 데 동의합니다.
 - 본인이 이사할 경우
 - 본인이 퇴거 통지서를 받았을 경우
 - 임대주 또는 임대료 수령 대리인이 변경되었을 경우 또는
 - 임대료 지불 보류 요청을 원하는 경우. 검토 및 처리 시간으로 인해 요청 다음 월이 되어서야 보류가 시작될 수도 있습니다.

서명 필수

본인은 본 프로그램 참여자 동의서를 읽고 이해했으며 약관에 동의합니다.

날짜

프로그램 신청자 서명

(뒷면에 계속)

본인은 이 프로그램 참여자 이해 진술서의 내용을 읽고 이해하였습니다. 본인은 **DSS** 및 **SOTA** 프로그램 운영에 전적으로 협조하며 필요에 따라 소득 및 추가 정보에 대한 정확한 정보를 제공하는 데 동의합니다. 본인은 **DSS**의 **SOTA** 관리와 관련하여 제공하는 정보를 입증 또는 확인하는 조사에 동의합니다.

날짜 가구원 이름 가구원 서명

날짜 가구원 이름 가구원 서명

날짜 가구원 이름 가구원 서명

다음 성인 가구원은 다음과 같은 사유로 본 동의서의 사본에 서명하지 않았습니다.

케이스 관리자 또는 주택 전문가 이름

케이스 관리자 또는 주택 전문가 서명 날짜

케이스 관리자 또는 주택 전문가 서명은 위에 표시된 가구원 정보를 확인하는 것입니다.

의학적 또는 정신적 질환 또는 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 **HRA** 에서 기타 서비스를 받기 어려우십니까? **저희가 도와드리겠습니다. 212-331-4640** 번으로 전화하십시오. **HRA** 사무실을 방문하여 도움을 요청하셔도 됩니다. 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.