

**ПРОГРАММА СПЕЦИАЛЬНОЙ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ
(SPECIAL ONE TIME ASSISTANCE, SOTA)
СОГЛАШЕНИЕ УЧАСТНИКА
(Russian)**

В рамках Программы специальной единовременной помощи (SOTA) клиенты Департамента по делам бездомных (Department of Homeless Services, DHS), соответствующие определенным критериям, могут получить годовое пособие на оплату аренды жилья, находящегося в г. Нью-Йорке, в других округах штата Нью-Йорк или за пределами штата.

Программой SOTA могут воспользоваться частные лица и семьи с доходом, которые смогут самостоятельно вносить арендную плату в будущем. Это может быть доход в виде заработной платы, пособия по старости или нетрудоспособности (SSI), пенсии по инвалидности по линии социального обеспечения (SSD), а также доход из других источников. Арендная плата не может составлять более 40 % от дохода семьи, который в свою очередь не должен превышать 80 % от среднего дохода по региону в пределах г. Нью-Йорка (AMI).

Имя и фамилия заявителя: _____

Я, _____, подал (-а) заявление на получение годовой дотации SOTA для оплаты аренды следующего жилья (далее «квартира SOTA»), выбранного мною лично:

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Как участник программы SOTA, я даю свое согласие на следующие условия и обязательства:

- Я обязуюсь предоставить точную, полную и актуальную информацию о доходе и составе семьи.
- Я обязуюсь предоставить подтверждающие документы, необходимые для проверки соответствия моей семьи установленным критериям.
- Будет проведена проверка с целью установить достоверность информации, предоставленной мной в связи с запросом на участие в программе SOTA. Если потребуется дополнительная информация, я ее предоставлю.
- Арендная плата в рамках программы SOTA будет ежемесячно выплачиваться непосредственно арендодателю в течение одного года.
- Я даю согласие на использование Департаментом социальных служб (Department of Social Services, DSS) моих имени, фамилии и номера социального обеспечения для открытия счета, с которого арендодателю будут перечисляться ежемесячные платежи.
- **Я понимаю, что по завершении года, на протяжении которого будет выплачиваться дотация SOTA, я должен (должна) буду вносить арендную плату самостоятельно.**

(Переверните страницу)

- Я понимаю, что мне запрещено сдавать в субаренду квартиру SOTA в течение срока действия дотации SOTA.
- Я обязуюсь прилагать все усилия для сохранения своего текущего или прогнозируемого ежемесячного дохода в сумме _____.
- Если источником моего дохода являются социальные пособия, я обязуюсь соблюдать все требования программ, по которым эти пособия предоставляются.
- Если источником моего дохода является заработная плата, я буду прилагать все усилия для сохранения трудоустройства.
- Я обязуюсь уведомить своего арендодателя в письменном виде, если моя квартира SOTA не обслуживается должным образом или в ней не выполняется необходимый ремонт. Если необходимый ремонт не выполнен, я имею право попросить о приостановке арендных платежей или вносить средства на депозитный счет суда в соответствии с действующим законодательством в связи с любым иском или разбирательством против арендодателя, предоставив соответствующую документацию в DSS.
- Я обязуюсь в полном объеме сотрудничать с городскими властями при реализации ими программы SOTA.
- Я обязуюсь незамедлительно извещать DSS, позвонив по номеру 718-557-1373, если:
 - я буду переезжать;
 - я получу документы о выселении;
 - изменится арендодатель или лицо, которому перечисляется арендная плата;
 - я захочу приостановить внесение арендной платы. Обратите внимание, что на рассмотрение и обработку заявления необходимо некоторое время, поэтому внесение арендной платы может быть приостановлено в течение месяца после подачи запроса.

Обязательные подписи

Я прочитал (-а) данное Заявление участника о понимании условий программы, понимаю его и соглашаюсь на его условия.

Дата

Подпись заявителя

(Переверните страницу)

Мною прочитано данное Заявление участника о понимании условий программы, и его смысл мне понятен. Я соглашаюсь оказывать полное содействие DSS и администраторам программы SOTA и предоставлять точные сведения о своем доходе, а также любую дополнительную информацию при необходимости. Я даю согласие на проверку достоверности любой информации, предоставленной мной в связи с реализацией DSS программы SOTA.

Дата Имя и фамилия члена семьи Подпись члена семьи

Дата Имя и фамилия члена семьи Подпись члена семьи

Дата Имя и фамилия члена семьи Подпись члена семьи

Следующие совершеннолетние члены семьи не подписали экземпляр данного соглашения по нижеуказанным причинам:

Имя и фамилия координатора или
специалиста по жилью

Имя и фамилия координатора или
специалиста по жилью

Дата

Подпись координатора или специалиста по жилищным вопросам подтверждает информацию о членах семьи, указанную выше.

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это нарушение мешает Вам понять смысл настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы сможем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 212-331-4640. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. У Вас есть законное право на такую помощь.