

PROGRAMA DE ASISTENCIA ESPECIAL POR VEZ ÚNICA (SOTA) CONTRATO PARA EL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA

El programa de Asistencia Especial por Vez Única (*Special One Time Assistance, SOTA*) pagará un año de alquiler en nombre de los clientes elegibles del Departamento de Servicios para Personas sin Vivienda (*Department of Homeless Services, DHS*), para que se muden de la Ciudad de Nueva York a otros condados del Estado de Nueva York o afuera del Estado de Nueva York

La asistencia *SOTA* puede ser usada por personas y familias que cuenten con ingresos y que, en el futuro, puedan pagar el alquiler. El ingreso puede provenir del empleo, del Seguro de Ingresos Suplementarios (*Supplemental Security Income, SSI*), de los beneficios por discapacidad del Seguro Social (*Social Security Disability, SSD*), o de otras fuentes de ingreso. El alquiler no puede ser más del 40% de los ingresos del hogar y los ingresos del hogar no pueden exceder el 80% del promedio de ingresos en la Ciudad de Nueva York (*New York City Area Median Income, AMI*).

Nombre del participante del programa: _____

Yo, _____, he solicitado el subsidio de un año de *SOTA*, para la siguiente unidad de vivienda (“unidad de *SOTA*”), la cual he escogido personalmente:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Como participante del programa *SOTA*, acuerdo lo siguiente:

- Proporcionar información actual, correcta y completa sobre los ingresos y la composición del hogar.
- Proporcionar la documentación de apoyo que sea necesaria para verificar la elegibilidad de mi hogar.
- Que se realice una investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con mi petición para *SOTA*. Si se pide información adicional, yo la proporcionaré.
- *SOTA* pagará el alquiler mensualmente y directamente al arrendador por un año.
- El *DSS* podría usar mi nombre y número de Seguro Social para abrir una cuenta con el propósito de hacer pagos de alquiler mensuales al arrendador.
- **Entiendo que, al finalizar el año cubierto por el subsidio de *SOTA*, seré responsable de pagar mi propio alquiler.**

(Favor de girar la hoja)

- Entiendo que no se me permite subalquilar esta unidad de vivienda de *SOTA* mientras esté vigente el subsidio de *SOTA*.
- Hacer el mayor esfuerzo para mantener mis ingresos mensuales actuales o proyectados de _____.
- Si mi fuente de ingresos proviene de los beneficios del Seguro Social, cumpliré con todos los requisitos del programa del cual recibo beneficios.
- Si mi fuente de ingresos proviene de un empleo, haré el mayor esfuerzo para mantener dicho empleo.
- Entiendo que, si mi arrendador no cumple con mantener o hacer las reparaciones necesarias a la unidad de vivienda de *SOTA*, debo notificar al arrendador por escrito. Si no se hacen las reparaciones necesarias, tengo el derecho de retener el pago de alquiler o de pedir que el pago se haga a través de un tribunal, conforme a la ley correspondiente y en conexión con cualquier demanda o procedimiento jurídico en contra del arrendador, siempre y cuando presente la documentación apropiada al *DSS*.
- Cooperar de lleno con la Ciudad en su gestión del programa *SOTA*.
- Notificar sin demora al *DSS*, llamando al 718-557-1373, si:
 - me mudo;
 - se me entregan documentos para ser desalojado(a);
 - cambia mi arrendador o la persona que recibe el alquiler o,
 - deseo pedir que se retenga el pago de alquiler. Favor de tener en cuenta que, debido al tiempo que toma revisar y procesar documentos, es posible que la retención de pago no tome efecto hasta un mes después de haberla pedido.

Firmas requeridas

He leído y comprendido esta Declaración de entendimiento del participante del programa, y estoy de acuerdo con sus condiciones.

Fecha

Firma del solicitante del programa

(Favor de girar la hoja)

He leído y comprendido esta Declaración de entendimiento del participante del programa. Estoy de acuerdo con cooperar de lleno con el *DSS* en la administración del programa *SOTA* y con proporcionar información correcta sobre mis ingresos, y cualquier información adicional, cuando sea necesario. Estoy de acuerdo con que se realice una investigación para verificar o confirmar cualquier información que proporcione en conexión con la administración del programa *SOTA* gestionada por el *DSS*.

Fecha Nombre del integrante del hogar Firma del integrante del hogar

Fecha Nombre del integrante del hogar Firma del integrante del hogar

Fecha Nombre del integrante del hogar Firma del integrante del hogar

Los siguientes adultos integrantes del hogar no han firmado una copia de este acuerdo debido a la siguiente razón o razones:

Nombre del administrador(a) de casos o del
Especialista en viviendas

Firma del administrador(a) de casos o del
Especialista en viviendas

Fecha

La firma del administrador(a) de casos o del especialista en viviendas confirma la información sobre los integrantes del hogar mencionados arriba.

¿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 212-331-4640. También puede pedir ayuda cuando visite las oficinas de la HRA. La ley le da derecho a pedir este tipo de ayuda.