



Department of
Social Services

Petición para modificar el monto del suplemento de asistencia de alquiler de *CityFHEPS*

Si sus ingresos han cambiado y está solicitando cambiar el monto del suplemento de asistencia de alquiler de *CityFHEPS*, complete este formulario.

Sección 1: Información sobre el inquilino		
Nombre:	Apellido:	
Dirección:		N.º de apartamento o habitación:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 2: Información sobre cambio en los ingresos
Los ingresos de mi hogar han: <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> acabado
Favor de explicar por qué sus ingresos han cambiado:

Sección 3: Resumen sobre los ingresos actuales		
Complete las casillas que siguen a continuación. Incluya a cada persona que viva con usted y que actualmente reciba ingresos. Incluya el nombre, la fuente de ingresos (ejemplo: trabajo, Seguro de Ingresos Suplementarios [SSI], Beneficios de Seguro de Desempleo) y el total de ingresos mensuales.		
Integrantes del hogar	Fuentes de ingresos	Total mensual

(Gire la hoja)

Sección 4: Documentos	
Coloque una marca (✓) al lado del tipo de comprobante que adjunta a este formulario completado.	
<input type="checkbox"/>	Comprobantes
<input type="checkbox"/>	Talones de paga
<input type="checkbox"/>	Carta de empleo
<input type="checkbox"/>	SS/ o carta de asignación de Seguro Social por Discapacidad (SSD)
<input type="checkbox"/>	Carta de Beneficios de Seguro de Desempleo
<input type="checkbox"/>	Otro documento

Sección 5: Aumento en el monto máximo del alquiler de <i>CityFHEPS</i>
Si su arrendador ha aumentado el alquiler anual, la <i>HRA</i> puede aumentar su subsidio hasta llegar al monto anual máximo permitido para el número de integrantes de su hogar. Por favor anote su nuevo alquiler: \$ _____
Debe incluir con esta solicitud el contrato de alquiler firmado, el cual indique el nuevo monto de alquiler a pagar.

Sección 6: Testimonio	
Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones aquí hechas y los documentos presentados con este formulario, son correctos y completos, según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario certifico que estoy de acuerdo con la investigación realizada por la Administración de Recursos Humanos (<i>Human Resources Administration, HRA</i>) para verificar y confirmar la información presentada, y determinar mi elegibilidad para modificar el monto del suplemento de asistencia de alquiler de <i>CityFHEPS</i> .	
_____	_____
Firma	Fecha

(Gire la hoja)

Sección 7: Opciones para enviar el formulario

Favor de utilizar **una** de las opciones mencionadas a continuación para enviar el formulario completado y los comprobantes:



Aplicación móvil:

Tome fotografías de todas las páginas de este formulario **Y** de todos sus comprobantes. Luego, ¡suba todas las fotos de su celular o tableta usando la aplicación móvil de *ACCESS HRA!*



www.nyc.gov/accesshramobile



Correo electrónico:

raprenewals@hra.nyc.gov



En persona:

109 East 16th Street
New York, NY 10003
De 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

¿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.