



**Department of  
Social Services**

DSS-7o (R) 05/24/2021 (page 1 of 3)  
(E) 05/19/2021 LLF

Дата: \_\_\_\_\_

Направляющее учреждение /  
организация по месту  
жительства (CBO): \_\_\_\_\_

**Заявка на предоставление жилья по программе CityFHEPS  
(только комнаты)  
(Russian)**

Настоящее заявление на предоставление жилья по программе CityFHEPS предназначена для указанного ниже домохозяйства. Мы подаем это заявление вместе с заполненным титульным листом пакета CityFHEPS от имени домохозяйства. Если домохозяйство соответствует критериям, просим разрешить и выдать соответствующие квитанции и документы Департамента социальных служб (Department of Social Services, DSS).

1. Источник направления на программу	2. Вид запроса
<input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> DYCD <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Сохранение настоящего жилья <input type="checkbox"/> Переезд <input type="checkbox"/> Переезд в пределах здания

3. Информация о домохозяйстве					
Имя и фамилия заявителя:			Номер дела по программе денежных пособий (Cash Assistance, CA):		
Адрес (номер дома, улица, квартира / комната):			Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Имя и фамилия	Дата рождения	Кем приходится заявителю	СА Статус	Доход / периодичность получения	Тип дохода
		<b>ЗАЯВИТЕЛЬ</b>			

1. Запрошенная стоимость аренды комнаты:	\$ _____
2. Укажите большую сумму, чем указанная в пункте 2a или 2b.	\$ _____
2a. \$50.	
2b. Размер ежемесячного денежного пособия на оплату жилья: \$ _____	
3. Предложенная ежемесячная дотация по арендной плате CityFHEPS (№ 1 минус № 2):	\$ _____

(См. на обороте)

4. Информация об арендодателе и аренде комнаты					
Арендодатель:					
Адрес арендодателя			Адрес комнаты для аренды		
Номер дома, улица, квартира / комната:			Номер дома, улица, квартира / комната:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:

5. Выполненные проверки	
<input type="checkbox"/> Является ли квартира субсидируемым жильем (например, NYCHA, раздел 8, FEPS). Если да, укажите тип субсидии: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b><u>Контрольный список арендодателя для аренды помещений</u></b>	
<input type="checkbox"/> Инспекция или обход выполнены, жилье одобрено.	Дата: _____
<input type="checkbox"/> На комнату НЕ распространяются условия стабилизации арендной платы.	Дата: _____
<input type="checkbox"/> В квартире НЕ более 3 спальных комнат.	Дата: _____
<input type="checkbox"/> Включены ли в арендную плату расходы на отопление, горячую воду, электричество, бытовой газ (если плита не электрическая)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

6. Запрос на оплату
<input type="checkbox"/> Платеж в размере \$ _____ за первые четыре месяца аренды без учета пособий на аренду жилья за второй (2), третий (3) и четвертый (4) месяцы на имя: _____ (арендодатель или уполномоченный получатель)
<input type="checkbox"/> Заявление на предоставление экстренной помощи, дополнительных пособий или включение дополнительного лица в дело получателя денежного пособия (только для участников) ( <b>W-137A</b> )
<input type="checkbox"/> Отметьте этот пункт, если клиент может въехать до даты начала аренды*
* Возможна частичная арендная плата, если домохозяйство может переехать через день после утверждения (кроме разрешений на третий день или до третьего дня месяца или за три дня или менее до его окончания). Если разрешение получено на третий день месяца или раньше, этот месяц считается первым полным месяцем.

(См. на обороте)

### Засвидетельствование

Настоящим заявляю, осознавая предусмотренное наказание за лжесвидетельство, что все прилагаемые к настоящему заявлению документы и содержащиеся в них данные являются, по имеющимся у меня сведениям, полными и достоверными. Я подтверждаю, что, подписывая настоящую заявку, я соглашаюсь на проведение Управлением по трудовым ресурсам города Нью-Йорка (New York City Human Resources Administration, HRA) расследования с целью подтверждения или проверки представленной мною информации и определения моего соответствия критериям участия в программе CityFHEPS.

Имя и фамилия заявителя  
(печатными буквами)

Подпись заявителя

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?**  
Это нарушение мешает Вам понять смысл настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA?  
**Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 212-331-4640. Вы также можете обратиться за помощью, посетив отделение HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.

### Подписи:

Имя и фамилия координатора  
(печатными буквами)

Подпись координатора

Телефон

Эл. почта

Имя и фамилия инспектора  
(печатными буквами)

Подпись инспектора