

Fecha: _____

Agencia que refiere/CBO: _____

Solicitud de *CityFHEPS* (Solo para habitaciones)

La presente es una solicitud de *CityFHEPS* para el hogar que se detalla a continuación. Presentamos esta solicitud en nombre del hogar, junto con la portada completada del paquete de *CityFHEPS*. En caso de que el hogar sea elegible, favor de aprobar y expedir los cheques y documentos apropiados del Departamento de Servicios Sociales (*Department of Social Services, DSS*).

1. Fuente de referencia		2. Tipo de petición	
<input type="checkbox"/> APS	<input type="checkbox"/> DYCD	<input type="checkbox"/> Sin mudanza	<input type="checkbox"/> Nueva mudanza
<input type="checkbox"/> ACS	<input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Mudanza por transferencia	

3. Información sobre el hogar					
Nombre del solicitante:			Número de caso de Asistencia en Efectivo (<i>Cash Assistance, CA</i>):		
Dirección (número, calle, apartamento/habitación):			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Estado de CA	Ingresos/frecuencia	Tipo de ingresos
		SÍ MISMO(A)			
1. Alquiler solicitado por la habitación:				\$ _____	
2. Anote el monto que sea mayor entre 2a y 2b				\$ _____	
2a. \$50					
2b. Asignación mensual de albergue de CA: \$ _____					
3. Asistencia mensual propuesta para el alquiler de <i>CityFHEPS</i> (#1 menos #2):				\$ _____	

(Gire la hoja)

4. Información sobre el arrendador y la habitación para alquilar					
Nombre del arrendador:					
Dirección del arrendador			Dirección de la habitación para alquilar		
Número, calle, apartamento/habitación:			Número, calle, apartamento/habitación:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

5. Autorización finalizada	
<input type="checkbox"/> ¿Es el apartamento una vivienda subsidiada (ej.: NYCHA, Sección 8, FEPS)? En caso afirmativo, tipo de subsidio: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<u>Lista de control para habitaciones en alquiler del arrendador</u>	
<input type="checkbox"/> Inspección o vista final realizada, residencia aprobada.	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> La habitación NO es parte de una vivienda sujeta a la estabilización de alquiler (<i>Rent Stabilization</i>).	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> El apartamento NO tiene más de 3 dormitorios.	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> ¿Están la calefacción, el agua caliente, la electricidad y el gas para cocinar (si la estufa no es eléctrica) incluidos en el alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. Petición de Pago
<input type="checkbox"/> El pago por el monto de \$ _____, correspondiente a los primeros cuatro meses de alquiler y descontando toda asignación de albergue para los meses dos (2), tres (3) y cuatro (4), es pagadero a : _____ (Arrendador o beneficiario autorizado)
<input type="checkbox"/> Petición de Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales o Petición para Añadir a una Persona al Caso de Asistencia en Efectivo (Solo para Participantes) (W-137A[S])
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el cliente se puede mudar a la vivienda antes de la fecha de inicio del contrato de alquiler. *
* Se aceptan pagos parciales de alquiler si la familia se puede mudar a la vivienda el día posterior a la aprobación (excepto en caso de que se apruebe para el 3º día del mes o antes de dicho día, o para el 3º día antes del final del mes o después del mismo). En caso de que se apruebe para el 3º día del mes o antes de dicho día, ese mes se considerará como el primer mes completo.

(Gire la hoja)

Certificación:

Declaro bajo pena de perjurio que todas las declaraciones prestadas en esta solicitud y en los documentos adjuntos son correctas y completas según mi leal saber y entender. Certifico que, al firmar esta solicitud, acepto que la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*New York City Human Resources Administration, HRA*) haga una investigación para verificar o confirmar la información presentada por mí y para determinar mi elegibilidad para *CityFHEPS*.

Solicitante – Nombre en letra de molde

Solicitante - Firma

¿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.

Firmado por:

Trabajador(a) de caso -
Nombre en letra de molde

Trabajador(a) de caso - Firma

Número de teléfono

Correo electrónico

Supervisor(a) - Nombre en letra de molde

Supervisor(a) - Firma