



Fecha: _____

ACUERDO DEL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA *CITYFHEPS*

Nombre del participante del programa: _____

Yo, _____, he solicitado el suplemento de asistencia de alquiler del programa *CityFHEPS (CityFHEPS Rental Assistance Supplement)*, para ayudar a mi hogar a pagar el alquiler de la unidad que se menciona a continuación, la cual he visto personalmente:

Comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Estoy de acuerdo con:
 - proporcionar información exacta, completa y actual sobre los ingresos y los integrantes que componen mi hogar;
 - proporcionar documentación de apoyo para verificar la elegibilidad de mi hogar, cuando sea necesario;
2. Toda información que yo proporcione en conexión con mi solicitud de *CityFHEPS* estará sujeta a verificación por la *HRA*. Si proporciono cualquier información incorrecta, yo podría ser rechazado(a) para participar en *CityFHEPS*.
3. Estoy de acuerdo con que se lleve a cabo una investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con mi petición de *CityFHEPS*. Si se pide más información, la proporcionaré.

(Gire la hoja)

Comprendo, además, que si soy aprobado(a) para participar en el programa *CityFHEPS*, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Mi aviso de aprobación de *CityFHEPS* indicará el monto del Suplemento de Asistencia de Alquiler de *CityFHEPS* (*CityFHEPS Rental Assistance Supplement*).
2. La *HRA* pagará el Suplemento de Asistencia de Alquiler de *CityFHEPS* directamente al arrendador (o a la persona designada por mi arrendador) cada mes.
3. Comprendo que la *HRA* pagará el monto correspondiente al Suplemento de Asistencia de Alquiler. Si estoy viviendo dentro del límite de los cinco (5) condados de la Ciudad de Nueva York y recibo Asistencia en Efectivo (*Cash Assistance*), la *HRA* también podría pagar a mi arrendador (o a la persona designada por mi arrendador) una Asignación de Albergue (*Shelter Allowance*). Comprendo que **soy responsable de pagar el monto restante de mi alquiler**.
4. Estoy de acuerdo con solicitar todo crédito al cual tenga derecho. Estos créditos incluyen los beneficios públicos y créditos de impuestos, tales como el Crédito de Impuesto por Ingresos Ganados (*Earned Income Tax Credit, EITC*), el Crédito de Impuesto Infantil (*Child Tax Credit, CTC*) y el Crédito de Impuesto por Cuidado Infantil (*Child Care Tax Credit (CCTC)*). Para obtener ayuda para preparar los impuestos, entre a la página web www.nyc.gov/taxprep o llame al 311 y pida “ayuda para preparar los impuestos”.
5. Debo hacer el mayor esfuerzo para mantener mi vivienda.
6. Si vivo dentro del límite de la Ciudad de Nueva York y necesito ayuda y referencias para servicios de mediación entre arrendador e inquilino o para evitar el desalojo, puedo obtenerlas a través de la oficina local de *Homebase* o de otro proveedor de servicios asignado.
7. Todos los integrantes de mi hogar que sean elegibles para recibir Asistencia en Efectivo (*Cash Assistance*) deben recibirla.
8. Si mi hogar fuese elegible para recibir cualquier beneficio de vivienda federal o estatal, incluyendo la Sección 8 o *FHEPS*, debo solicitar dichos beneficios y aceptarlos si son ofrecidos.
9. Si mi hogar califica como elegible para vivir en un albergue de la *HRA*, no podrá vivir con la(s) misma(s) persona(s) que lo hicieron calificar como elegible para recibir albergue de la *HRA*.
10. Tengo que obtener aprobación de la *HRA* antes de mudarme a un nuevo apartamento.
11. Estoy de acuerdo con llamar al 718-557-1399 para notificar prontamente a la *HRA*, si:
 - me mudo
 - recibo documentos para ser desalojado(a)
 - hay cambio de arrendador o de la persona a quien le pago el alquiler, o
 - me atraso con el pago del alquiler.
12. Si vivo en una habitación estándar o una habitación de ocupación individual (*Single Room Occupancy, SRO*) alquilada y tengo la intención de traer a mi hogar a una persona menor de 18 años, notificaré prontamente a la *HRA* llamando al 718-557-1399, para obtener ayuda para mudarme a un apartamento.

(Gire la hoja)

13. Comprendo que *CityFHEPS* no puede ser combinado con ningún otro programa de asistencia de alquiler, excepto con la aprobación previa de la *HRA*.

14. Cooperaré plenamente con la Ciudad en la administración del programa *CityFHEPS*.

Lo que usted debe saber

- El arrendador o el agente inmobiliario no pueden negarse a aceptar *CityFHEPS*. El negarse a aceptar *CityFHEPS* puede constituir discriminación en base a la fuente de ingreso, conforme a la Ley de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York y a la del Estado de Nueva York.
- Se prohíben los tratos por separado con arrendadores o agentes inmobiliarios.
- Si el arrendador o el agente inmobiliario se niegan a aceptar *CityFHEPS* o le proponen un trato por separado, llame a la Unidad contra la Discriminación en base a la Fuente de Ingreso del *DSS*, al **718-557-1399**.
- El vale de garantía de la *HRA* se considera pago de garantía. Ni el arrendador ni el agente inmobiliario deben exigirle que pague ningún dinero adicional como garantía.
- Los agentes inmobiliarios no deben exigirle que pague ninguna comisión inmobiliaria adicional, puesto que el *DSS* le está pagando la misma.
- Su arrendador no puede forzarlo a mudarse a otra vivienda.
- Si la vivienda que usted inspeccionó inicialmente no es la misma que se le ofrece a la hora de mudarse, llame de inmediato a la Línea Directa para Fraudes de la *HRA*, al 718-557-1399.

Firmas requeridas:

He leído y comprendo esta Declaración de Entendimiento del Participante del Programa y estoy de acuerdo con sus condiciones.

Fecha Firma del solicitante del programa

He leído y comprendo esta Declaración de Entendimiento del Participante del Programa. Estoy de acuerdo con cooperar plenamente con la *HRA* en la Administración del programa *CityFHEPS* y con proporcionar información exacta sobre mis ingresos, y cualquier información adicional, cuando sea necesario. Estoy de acuerdo con la investigación para verificar o confirmar toda información que yo haya proporcionado en conexión con la administración de *CityFHEPS* por parte de la *HRA*.

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

(Gire la hoja)

Los siguientes adultos integrantes del hogar no han firmado una copia de este acuerdo por la(s) siguiente(es) razón(es):

Nombre del administrador de casos o
especialista en vivienda

Nombre del administrador de casos o
especialista en vivienda

Fecha

El administrador de casos o especialista en vivienda confirma la información sobre los integrantes del hogar mencionados arriba.

CityFHEPS y el programa Federal de la Sección 8 se asemejan en que ambos, sujetos a la disponibilidad de fondos, proveen asistencia (incluida la asistencia de alquiler de montos determinados) a los arrendadores e inquilinos que deseen establecer una relación mutua. Toda relación contractual se establecerá exclusivamente entre el inquilino y el arrendador que sean participantes del programa.

¿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.