



**Department of
Social Services**

DSS-7q (S) 05/19/2021 (page 1 of 4) LLF

Fecha: _____

Agencia que refiere/CBO: _____

**Solicitud para CityFHEPS
(Para apartamentos y habitaciones de ocupación individual)**

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"/> ACS <input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Sin mudanza <input type="checkbox"/> Nueva mudanza <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			Adultos:		Menores de edad:
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante	Estado de CA	Ingresos/frecuencia	Tipo de ingresos
		SÍ MISMO(A)			

(Gire la hoja)

4. Información sobre el hogar	
1. Contrato de alquiler:	\$ _____
a. ¿Tiene este apartamento el alquiler regulado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. En caso afirmativo, ¿es “preferencial” el alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ii. En caso afirmativo, ¿es “no preferencial” el alquiler?	\$ _____
b. ¿Se incluye la calefacción y el agua caliente en el alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Número de integrantes del hogar que reciben CA:	
3. Ingreso total de los integrantes del hogar que reciben CA:	\$ _____
4. Anote el monto que sea mayor entre 4a y 4b:	\$ _____
a. Asignación mensual de albergue normal de CA para el número de integrantes del hogar de CA	\$ _____
b. 30% del ingreso bruto del hogar de CA	\$ _____
5. Ingreso total de los integrantes del hogar que no reciben CA (si corresponde):	\$ _____
a. 30% del ingreso bruto mensual (si corresponde):	\$ _____
6. Anote la suma de # 4 y # 5a:	\$ _____
7. Suplemento de alquiler mensual propuesto por <i>CityFHEPS</i> : (# 1 menos # 6):	\$ _____
8. Solicitó el subsidio para el atraso de alquiler (si corresponde):	\$ _____
9. Solicitó el pago de los cargos legales y del mariscal (si corresponde):	\$ _____

5. Información sobre el apartamento					
Nombre del arrendador:					
Dirección del arrendador			Dirección de la propiedad en alquiler		
Número, calle, apartamento/habitación:			Número, calle, apartamento/habitación:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

(Gire la hoja)

6. Petición de pago	
Mudanzas a un apartamento nuevo	
<input type="checkbox"/>	El pago por el monto de \$ _____, que representa el primer mes completo de alquiler y <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3 meses del suplemento de alquiler mensual de <i>CityFHEPS</i> U <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 11 meses, si disponibles, del suplemento de alquiler mensual de <i>CityFHEPS</i> pagaderos a: _____ (Arrendador o beneficiario autorizado)
<input type="checkbox"/>	El pago por el monto de \$ _____, que representa la comisión del agente inmobiliario, es pagadero a: _____ (Nombre del agente inmobiliario o de la compañía)
<input type="checkbox"/>	Pago por el monto de \$4,300.00, representa un bono de incentivo.
<input type="checkbox"/>	Marque esta casilla si el cliente se puede mudar a la vivienda antes del inicio del contrato de alquiler(.) * * Se ofrecen 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). Si se aprueba para el 3º día del mes o antes de dicho día, ese mes se considerará como el primer mes completo.
Para conservar el apartamento actual	
<input type="checkbox"/>	El pago por el monto de \$ _____, que representa el pago del alquiler atrasado durante el período de _____, es pagadero a: _____ (Arrendador o beneficiario autorizado)
<input type="checkbox"/>	El pago por el monto de \$ _____, que representa los cargos legales y del mariscal, es pagadero a: _____ (Nombre de la compañía)

(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 del caso - nombre en letra de molde)

(Trabajador/a del caso - firma)

(Supervisor/a - nombre en letra de molde)

(Supervisor/a - firma)