

Solicitud y Certificación de NH ERA

Inquilino

Información de Inquilino

Información de Contacto del Inquilino

Nombre

2do Nombre

Apellido

Número de Teléfono

Correo Electronico

Raza del Solicitante

- White Black Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska
 Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico

Genero de Solicitante

- Masculino Femenino No-binario

Etnia del Solicitante

- Hispano/LatinX No Hispano/LatinX

Fecha de Nacimiento
del Solicitante

Otros Miembros del Hogar

Por favor, enumere a todos los que viven con usted (usted no necesita incluirse aquí).

Nombre

2do Nombre

Apellido

Sufijo

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Paiz



¿Tiene una dirección postal diferente?

 Si No

Si es diferente, ¿cuál es?

Elegibilidad

Estimado de Ingresos Anuales
del todo el hogar

\$

Tome ingresos del mes pasado y multiplique los por 12

Dificultades Financieras Debido a la Pandemia

Si actualmente está recibiendo o ha recibido beneficios desde enero de 2020 de cualquiera de los siguientes programas, usted puede ser automáticamente elegible para ingresos para el NHERAP.

Seleccione uno de los programas en los que participa.

SNAP (cupones de programa alimenticio)

SSI (no Seguro Social de retiro o discapacidad)

Aid to the Needy Blind (ANB)

WIC

Head Start

FANF/TANF

Old Age Assistance (OAA) Fuel

Assistance (no todas áreas)

Electrical Assistance Program

Otros

Una o más personas en mi hogar calificaron para beneficios de desempleo después del 13 de marzo de 2020.

Si No

¿Alguien en su hogar ha estado desempleado durante 90 días antes e incluyendo la fecha de esta aplicación?

Si No

Una o más personas en mi hogar tuvieron sus ingresos reducidos debido a la pandemia.

Si No

Una o más personas en mi hogar han tenido grandes gastos adicionales (gastos médicos, cuidado de niños, PPE, Sanciones, costo de Internet, por ejemplo) debido a la pandemia.

Si No

Por favor, explique las dificultades financieras.

Riesgos para la vivienda: ¿Tiene alguno de los siguientes?

Facturas Atrasadas de Si No
Utilidades Si No
Aviso de Renta Atrasada Si No
Aviso de Desalojo Si No

En riesgo de desalojo; paga más del 30% de sus ingresos hacia alquiler de vivienda y utilidades

Si No Inseguro

Condiciones de vida inseguras o no saludables – Seleccione los que aplican a su situación

- Vivienda que no cumple con los estándares mínimos, y requisitos mínimos locales para uso y ocupación, incluyendo NH RSA:48-A:14
- Presencia de riesgos de pintura de moho o plomo
- Utilidades publicas que no están en servicio
- Sin calefacción
- Aviso de violación del código de la ciudad(s)
- Hacinamiento (más de dos personas por dormitorio) o se vive con familiares

Información del Propietario y de Utilidades Públicas

¿Qué estás solicitando?

- La renta actual y/o para renta atrasada sin pagar
- Utilidades publicas y/o para utilidades atrasadas sin pagar
- Otros gastos relacionados con su vivienda

Asistencia de Renta

Propietario

Numero de Teléfono del Propietario

Correo Electrónico del Propietario esto acelera el proceso de la solicitud

Dirección Postal del Propietario

Ciudad

Estado

Código Postal

Pago Mensual de Renta

Cantidad atrasada de renta debida al Propietario

Mi hogar paga esto al mes.

Por favor escriba la cantidad que debe a el propietario por su renta, utilidades públicas y/o cargos por tardía desde el 13 de marzo de 2020 hasta la fecha de solicitud. (Pagaremos honorarios si son legales e incluidos en su contrato de arrendamiento).

Solicitud de pago. Estoy buscando el pago de las cantidades atrasadas y los próximos tres meses de renta. Yo entiendo que puedo solicitar futuros pagos de renta de 2021.

Ninguna Otra Asistencia Gubernamental de Renta. No hay otra ayuda gubernamental de renta que pagará o ha pagado la renta atrasada sin pagar y renta futura.

NHERAP es un programa estatal y del Condado de Rockingham y puede proporcionar un programa de asistencia de alquiler bajo la misma ley federal. Si usted es residente del condado de Rockingham solicitando asistencia bajo NHERAP, está certificando que usted no ha recibido beneficios del programa del condado de Rockingham.

Confirme que ha leído la información anterior.*

Pagos Atrasados de Utilidades Publicas

Enumere las facturas de utilidades públicas atrasadas que no puede pagar. Se le pedirá que proporcione copias de las facturas.

Proveedor de Utilidad	Tipo de Utilidad	Cantidad en Atraso
------------------------------	-------------------------	---------------------------

Proveedor de Utilidad	Tipo de Utilidad	Cantidad en Atraso
------------------------------	-------------------------	---------------------------

Proveedor de Utilidad	Tipo de Utilidad	Cantidad en Atraso
------------------------------	-------------------------	---------------------------

Factura de Utilidades Publicas Actual

Enumere las facturas de utilidades públicas actuales que no puede pagar. Se le pedirá que proporcione copias de las facturas.

Proveedor de Utilidad	Tipo de Utilidad	Cantidad en Atraso
------------------------------	-------------------------	---------------------------

Proveedor de Utilidad	Tipo de Utilidad	Cantidad en Atraso
------------------------------	-------------------------	---------------------------

Proveedor de Utilidad	Tipo de Utilidad	Cantidad en Atraso
------------------------------	-------------------------	---------------------------

Otros Gastos de Vivienda

Gastos como internet o costos de reubicación. Se le pedirá que proporcione copias de las facturas.

Proveedor	Cantidad
------------------	-----------------

Proveedor	Cantidad
------------------	-----------------

Proveedor	Cantidad
------------------	-----------------

Certificación

Mediante la firma electrónica de la solicitud, estoy permitiendo la Asociación de Acción Comunitaria (CAP) a la que estoy solicitando para recopilar y compartir mi información con otros programas dentro del PAC y sus socios externos, incluyendo pero no limitado a otros CAPs de NH, New Hampshire Housing Finance Authority, New Hampshire Employment Security, propietario, dueño y proveedor de utilidades públicas con el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda de emergencia, asistencia de servicios públicas, alimentos, consejería y/u otros servicios y proporcionar beneficios. Autorizo además el empleo de New Hampshire Employment Security para proporcionar información relativa a mi solicitud y recepción de beneficios de desempleo a New Hampshire Housing Finance Authority para determinar la elegibilidad para este programa. También entiendo que se examinarán para otros servicios del programa y elegibilidad. Libero el PAC y el estado de New Hampshire de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar de proporcionar dicha información en lo que respecta a mí o a los miembros de mi hogar. Por firmando la solicitud, el solicitante certifica que toda la información proporcionada es correcta y que la falta de información correcta o tergiversación, falsificación o falta de divulgación de información podría resultar en el hogar se le niegue la asistencia de vivienda de emergencia.

Certifico, atestiguo y afirmo bajo pena de perjurio que la información anterior es completa y precisa a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Autorizo el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, New Hampshire Housing Finance Authority, y el estado de New Hampshire para certificar e investigar dicha información con mi plena cooperación en cualquier momento. Yo entiendo que proporcionando declaraciones u omisiones falsas o engañosas al gobierno de los Estados Unidos, New Hampshire Housing Finance Authority, y el Estado de New Hampshire en esta solicitud y certificación pueden resultar en acciones penales y civiles federales y estatales por multas, sanciones, daños o encarcelamiento.

He leído y entiendo la certificación anterior. Estoy firmando esta Solicitud, Liberación de Información, y certificación introduciendo electrónicamente mi nombre a continuación o proporcionando una firma húmeda.

Firma de Solicitante _____

Nombre he apellido del solicitante _____

Fecha _____

¿Alguien te ayudó a llenar esta solicitud? Si No

Si lo ayudaron, ¿quien lo ayudo? _____

Firma del que Ayudo _____ **Relación** _____

Póliza de no discriminación: El Programa de Asistencia de Renta de Emergencia de New Hampshire prohíbe la discriminación basada en raza, color, credo, religión, sexo, edad, origen nacional, estado civil, orientación sexual, estado familiar y discapacidad mental.

Necesitaremos copias de los siguientes documentos:

- Prueba de ingresos
- Formularios de impuestos 2020; o último mes de talonarios; o carta de determinación de beneficios para WIC, SNAP
- Facturas de utilidades públicas actuales
- Verificación de residencia
- Verificación de cantidad de renta mensual