

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓRROGA DE MUDANZA DEBIDO A UNA
DIFICULTAD EXTREMA**

(UTILIZADO PARA SOLICITAR MÁS TIEMPO DE LOS 30 DÍAS ASIGNADOS PARA LA MUDANZA A UNA
UNIDAD DE TAMAÑO APROPIADO PARA PARTICIPANTES DE LA SECCIÓN 8 MEJORADA)

Fecha: _____

Jefe de familia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del jefe de familia en cuyo nombre se solicita la prórroga por dificultad
extrema _____

Relación con el jefe de familia: _____

Este formulario debe ser completado para solicitar una prórroga del tiempo requerido para la mudanza a otro apartamento debido a una dificultad extrema. Los residentes de Desarrollos mejorados cuyo tamaño de vale es más pequeño que la unidad que ocupan y a quienes se les ha emitido un “Aviso de aprobación para mudanza con asistencia de la Sección 8 mejorada” (Carta de aprobación de mudanza) deben mudarse a una unidad de tamaño apropiado dentro de los 30 días posteriores. Para ser considerado para una prórroga, esta solicitud debe enviarse al Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda (Housing Preservation and Development, HPD) dentro de los 30 días posteriores a la fecha de emisión de la carta de aprobación de mudanza.

El HPD reconoce dos tipos de dificultad extrema, como se describe a continuación. Marque la casilla que corresponda a su familia:

- Tengo una afección médica o discapacidad documentada que impide que pueda mudarme para la fecha límite indicada.
Solicítele a su médico que complete, firme y devuelva el formulario de Solicitud de prórroga de mudanza debido a una dificultad extrema, que se proporciona en este formulario, o una carta que describa lo que evita que pueda mudarse.
- No me encontraba en la dirección donde se brinda asistencia y no pude recibir el correo y responder antes de la fecha límite indicada. Proporcione al HPD copias de un pasaporte sellado o documentación de viaje con esta solicitud.



Además de enviar la documentación solicitada, proporcione una explicación breve del motivo por el cual no pudo mudarse al apartamento apropiado.

Si se le concede la prórroga por dificultad extrema, tendrá 30 días adicionales para mudarse a la unidad desde el momento de aprobación. El HPD no aprobará solicitudes por dificultades extremas hasta que se hayan enviado los formularios requeridos y la documentación de apoyo.

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas. Entiendo que dar declaraciones e información falsas puede resultar en el rechazo de mi solicitud de vivienda asequible y poner en riesgo mi subsidio de vivienda. Autorizo al Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York a verificar mi elegibilidad para la prórroga solicitada.

Firma del participante

Fecha

*Recuerde enviar este formulario y su documentación elegida a la siguiente dirección:

The New York City Department of Housing Preservation & Development (HPD)
Division of Tenant Resources – Continued Occupancy
100 Gold Street (xxx)
New York, NY 10038

**UTILIZADO PARA SOLICITAR UNA PRÓRROGA PARA LA MUDANZA A
UNA UNIDAD DE TAMAÑO APROPIADO DE LA SECCIÓN 8 MEJORADA
DOCUMENTACIÓN MÉDICA**

Miembro de la familia que solicita la prórroga:

Nombre en letra de imprenta Firma (si es menor de 18 años, firma del padre/madre o tutor legal) Fecha

(Este formulario debe ser completado y devuelto por correo por un médico, si el contratiempo se debe a un motivo médico)

Nombre del participante de la Sección 8 en cuyo nombre se solicita la prórroga por contratiempo extremo:

Nombre en letra de imprenta

Nombre y dirección del consultorio del médico:

Nombre en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

Explique qué afección médica experimentó el participante en el período entre el XXX y el XXX que evitó que cambiara su lugar de residencia:

¿Este participante estuvo hospitalizado o en una unidad de rehabilitación dentro del período de tiempo de este aviso y los 30 días posteriores? Sí No

Por la presente certifico que el participante de la Sección 8 mencionado anteriormente experimentaba una afección médica durante el período de tiempo en que el Departamento de Preservación y Desarrollo de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York le solicitó mudarse.

Firma del profesional médico

Fecha

Número de licencia o sello del profesional médico

Enviar firmado a:
The New York City Department of Housing Preservation & Development (HPD)
Division of Tenant Resources – Continued Occupancy
100 Gold Street (Oficina)