

Fecha: \_\_\_\_\_

Agencia que refiere/CBO: \_\_\_\_\_

### Solicitud de CityFHEPS (Habitaciones solamente)

La presente es una solicitud de CityFHEPS para el hogar a continuación. Nosotros estamos presentando esta solicitud en nombre del hogar, con la hoja adjunta y rellena del paquete de CityFHEPS. En caso de elegibilidad, favor de aprobar y expedir los cheques y documentos apropiados del Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés).

1. Fuente de referencia		2. Tipo de petición	
<input type="checkbox"/> APS	<input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Sin mudanza	<input type="checkbox"/> Nueva mudanza
<input type="checkbox"/> HAP	<input type="checkbox"/> Reasignación rápida de vivienda	<input type="checkbox"/> Mudanza de transferencia	

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

(Voltee la página)

4. Información sobre el arrendador y el alquiler de la habitación					
Nombre del arrendador:					
Dirección del arrendador			Dirección del local a ser alquilado		
Número, calle, apartamento/habitación:			Número, calle, apartamento/cuarto:		
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	
<b><u>Lista de control de habitaciones alquiladas por el arrendador</u></b>	
<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	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"/> Pago por la cantidad de \$ _____, correspondiente a los primeros cuatro meses de alquiler, sustraída de toda asignación para los meses dos (2), tres (3) y cuatro (4), pagaderos a:  _____ (arrendador o beneficiario autorizado)
<input type="checkbox"/> Petición de Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o de Añadir a una Persona al Caso de Asistencia en Efectivo (Sólo para Participantes) <b>(W-137A [S])</b>
<input type="checkbox"/> Marque la casilla si el cliente se puede mudar a la vivienda antes de la fecha de inicio del contrato de alquiler*
* Hay alquiler parcial disponible si la familia se puede mudar a la vivienda el día posterior a la aprobación (excepto en caso de aprobación el 3er día del mes o el 3er día antes del final del mes, o después). En caso de aprobación el 3er día del mes o antes, ese mes se considerará el primer mes completo.

(Voltee la página)

**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 una investigación por parte de la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York, para verificar o confirmar la información presentada por mí y para determinar mi elegibilidad para CityFHEPS.

\_\_\_\_\_  
Solicitante – Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Solicitante - Firma

**¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

**Firmas:**

\_\_\_\_\_  
Trabajador de caso -  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Trabajador de caso - Firma

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Supervisor - Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Supervisor - Firma