



**Department of
Social Services**

DSS-7q (S) 10/16/2018 (page 1 of 6) LLF

Fecha: _____

Agencia de _____

Referencia/CBO: _____

**Solicitud para CityFHEPS
(Apartamentos y Habitaciones de Ocupación Individual)**

La presente es una solicitud de CityFHEPS para el hogar a continuación. Nosotros estamos presentando esta solicitud a 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			Adultos:		Menores de edad:
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante	Estado de CA	Ingreso/frecuencia	Tipo de ingreso
		SÍ MISMO(A)			

(Voltee la página)

4. Información sobre el hogar	
1. Contrato de alquiler:	\$ _____
a. ¿Es éste un apartamento con 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 recibe CA:	
3. Ingreso total de los integrantes del hogar que reciben CA:	\$ _____
4. Anote la mayor de las cantidades 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 CityFHEPS: (# 1 menos # 6):	\$ _____
8. Solicitó el subsidio por atrasos de alquiler (si corresponde):	\$ _____
9. Solicitó pago de los honorarios legales y del mariscal (si corresponde):	\$ _____

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

(Voltee la página)

6. Petición de Pago	
Nuevas mudanzas al apartamento	
<input type="checkbox"/>	El pago por la cantidad de \$ _____, que representa el primer mes completo de alquiler y <input type="checkbox"/> 3 meses del suplemento de alquiler mensual de CityFHEPS O <input type="checkbox"/> 11 meses, si disponibles, del suplemento de alquiler mensual de CityFHEPS pagaderos a: _____ (arrendador o beneficiario autorizado)
<input type="checkbox"/>	El pago por la cantidad de \$ _____, que representa la comisión del agente inmobiliario, es pagadero a: _____ (nombre del agente inmobiliario o de la compañía)
<input type="checkbox"/>	Pago por la cantidad 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* * 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). En caso de aprobación el 3er día del mes o antes, ese mes se considerará el primer mes completo.
Conservación de los apartamentos actuales	
<input type="checkbox"/>	El pago por la cantidad de \$ _____, que representa atrasos durante el período de _____, es pagadero a: _____ (arrendador o beneficiario autorizado)
<input type="checkbox"/>	El pago por el valor de \$ _____, que representa los honorarios legales o del mariscal, es pagadero a: _____ (nombre de la compañía)

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.**

Firmado por:

(Trabajador del caso - nombre en letra de molde)

(Trabajador del caso - firma)

(Supervisor - nombre en letra de molde)

(Supervisor - firma)