

FAYETTEVILLE HOUSING AUTHORITY
WASHINGTON COUNTY EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE APPLICATION

Nombre del solicitante _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____ Condado _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono _____ ¿Puedes recibir mensajes de texto? Sí Sin

Carrera _____ Etnia Hispano No hispano Género _____ Fecha de nacimiento _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR E INGRESO:

Nombre del miembro del hogar (s)	Fecha de nacimiento	Edad	actual ** Ingreso Mensual Cantidad (todas las formas)	Tipo de ingreso o empleador's Nombre (si es aplicable)	empleador's Número de teléfono (si es aplicable)

** Ingresos incluye todo el dinero ganado o recibido por todos los que viven en su hogar. Esto incluye dinero de salarios, trabajo por cuenta propia, manutención de niños, contribuciones, pagos por discapacidad del Seguro Social (SSI), compensación del trabajador, beneficios de jubilación, AFDC, beneficios de veteranos, ingresos de propiedad de alquiler, dividendos de acciones, ingresos de cuentas bancarias, pensión alimenticia y todos los demás. fuentes.

1. ¿Ha disminuido el ingreso de su hogar desde el 1 de marzo de 2020? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál era su ingreso familiar el 1 de marzo de 2020? PS _____
 ¿Puede proporcionar prueba si se le solicita? Sí No

2. ¿Hay algún miembro del hogar desempleado actualmente? Sí No En caso afirmativo, ¿ha estado desempleado más de 90 días? Sí No

INFORMACIÓN DE VIVIENDA: (marque uno)

- Alquiler Vivir con familiares / amigos debido a Covid-19
 Sin hogar debido a Covid-19 Cuál Propietario (no elegible)

3. ¿es el monto de su alquiler mensual? PS _____

FAYETTEVILLE HOUSING AUTHORITY
WASHINGTON COUNTY EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE APPLICATION

4. ¿Le debe al arrendador una renta vencida? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto debe? PS _____
5. Nombre del propietario o administrador de la propiedad _____
Número de teléfono _____
6. ¿Se enfrenta a la inestabilidad de la vivienda o la falta de vivienda? Sí No
7. ¿Ha perdido su vivienda debido a Covid-19? Sí No
8. ¿Actualmente recibe algún tipo de asistencia para la vivienda? Sí No En caso afirmativo, explique _____
9. ¿Está en una situación de violencia doméstica de la que necesita irse? Sí No En caso afirmativo, ¿le gustaría ser contactado por una agencia que pueda ayudarlo? Sí Sin

CERTIFICACIÓN DE SOLICITANTE:

_____ Certifico que la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda de Fayetteville sobre la composición del hogar y los ingresos es exacta y completa a mi / nuestro mejor conocimiento y creencia. Yo / Nosotros entendemos que las declaraciones o información falsa son castigadas por la Ley Federal.

_____ Certifico que entiendo que el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1001, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer, a sabiendas o voluntariamente, una declaración falsa o fraudulenta a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos. Si este formulario contiene información falsa o incompleta, es posible que deba reembolsar toda la asistencia de alquiler pagada en exceso que recibió; multado con hasta \$ 10,000, encarcelado hasta por 5 años; y / o prohibido recibir asistencia en el futuro.

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

FECHA

Si no se le puede localizar, proporcione un contacto secundario:

Nombre _____

Teléfono _____

Si usted es propietario o administrador de la propiedad completando esta solicitud en nombre de un inquilino, firme:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR PROPIEDAD

DEFECHA