

## ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA

1. Para calificar por el programa ERA, tiene que contestar "Si" de unas de las siguientes 3 preguntas:

a. ¿Usted o alguien de su hogar ha calificado para recibir beneficios de desempleo como resultado de la pandemia de COVID-19?

Si  
 No

b. ¿Usted o alguien en su hogar ha experimentado una reducción en los ingresos?

Si  
 No

c. ¿Usted o alguien en el hogar ha experimentado otras dificultades financieras, directamente o indirectamente, como resultado de la pandemia de COVID-19?

Si  
 No

2. Por favor, adjunta documentación para demostrar que ud. está en riesgo ser indigente o perder su habitación (i.e. documento del dueño de su casa que no ha pagado el alquiler, documento que demuestre riesgo de desalojo, facturas de servicios (agua, electricidad, y gas) vencidas, documentación que demuestra condiciones insalubre de vivencia, o cualquier otra documentación que demuestra tal riesgo)

Hay que añadir por lo menos uno de los siguientes documentos:

- Documento 1040 de los impuestos del año 2020
- Documento W-2 del año 2020
- Estado de cuenta de desempleo del estado de Arkansas
- Talones de pago de los últimos dos meses
- Otro documento que verifica su ingreso de forma mensual o anual (si escoge documentos de forma mensual, por favor adjunta documentos de los últimos dos meses.)

3. Usted o alguien en su casa está recibiendo asistencia para el pago de su renta por parte del Gobierno Federal? (Por ejemplo: Section 8 Voucher, ARFresh Start Funding, o otro fondos en relación de COVID-19)

Si  
 No



**SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY**

**ASISTENCIA DE EMERGENCIA DE VIVIENDA**

**PREFERENCIA A FAMILIAS POR DEBAJO DEL 50% DE INGRESO MEDIO NACIONAL**

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

RENTA

UTILIDADES

PO Box 2085 Springdale, AR 72765-2085

Teléfono (479)751-0560 Fax: (479)756-8059 TTY/TDD 800285-1131 or 711

Horas de oficina: lunes a viernes de 7:30 AM- 4:30 PM.

Cerrado de 12:00-1:00pm para almorzar

Nosotros no aceptamos aplicaciones los viernes (For a waiver to this policy please call 479-751-0560 xt 200)

**Lista de Documentos para adjuntar con su aplicación**

**PORFAVOR DE TRAER TODOS LOS DOCUMENTOS QUE APLIQUEN A USTED Y SU FAMILIA**

**Todos los miembros/as de la familia deben tener (Si aplica):**

TAREJETAS DE SEGURO SOCIAL	INFORMACION REQUERIDA SOBRE EL PROPRETARIO:	
IDENTIFICACION DE IMAGEN	Propietario	
INFORMACION DE INGRESOS	W-9 o Número de seguro social – Propietario	
	Declaración o carta del propietario con su balance o atraso de renta	
PARA FAMILIARES MAYORES DE EDAD ( 18 PARA ARRIBA)		
EMPLEO	COMPANIA DE UTILIDADES	
Talonarios de cheque	Aviso de apagado de companies de utilidades o cantidad mensual por cada utilidad	
Carta de trabajo		
Declaracion de impuestos mas recientes		
INGRESOS FOR BENEFICIOS		
desempleo		
Seguro Social		
Ingresos por Discapacidad		
Pensiones/ retiros		
Manutencion de hijos		
Pension Alimenticia		
Asistencia publica		
OTROS INGRESOS		
Apoyo monetario de la familia		
Empleo autonomo (autoempleado)		

Si usted o algún miembro de la familia es una persona con discapacidades, y usted necesita una acomodación específica para utilizar nuestros programas a totalidad, y nuestros servicios, por favor contáctese a la Housing Authority. Si necesita ayuda para comprender este documento, puede venir o llamar a la oficina para asistencia. (479) 751-0560. If you need help understanding this document you can come to the office or call for assistance at (479)751-0560. Elañe kwe ak ro uaan bamle eo elõñ disabilities iben im kwoj aikuij talepen jiban ko iloan programs im service eo, jouj im kebaak office eo ak call e 479-751-0560



**SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY**



**PO Box 2085 Springdale, AR 72765-2085**

**Teléfono (479)751-0560 Fax: (479)756-8059 TTY/TDD 800285-1131 o 711**

## **¿Cómo le podemos contactar?**

**Por favor escriba:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección física actual:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono alternativo con correo de voz:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo postal actual:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/ Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_



### Springdale Housing Authority

#### Raza y etnicidad de la cabeza de familia

Raza: Marque la raza apropiada. (Puede marcar más de una categoría si aplica)

<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> Negro/a/ Africano Americano/a	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> nativo/a de Hawái / Otras islas del pacífico	
<b>Etnicidad: Marque la etnicidad apropiada:</b>		
<input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a	<input type="checkbox"/> No hispano/a o latino/a	

#### Aplicación para Admisión a Springdale Housing Authority

#### Parte B: Información de vivienda

Propietario/a actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Correo Electronico Del Propretario \_\_\_\_\_

#### Inquilino

Cantidad de Renta: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Cantidad de renta atrasada: \_\_\_\_\_ Cuantos Meses: \_\_\_\_\_

#### Tipo/Nombre De Proveedor De Utilidades

Gas: \_\_\_\_\_

Electricidad: \_\_\_\_\_

Agua: \_\_\_\_\_

**Springdale Housing Authority**  
**ASISTENCIA DE EMERGENCIA DE VIVIENDA**

1. Enliste las fuentes y cantidades de todos los ingresos (dinero) esperados por los próximos 12 meses para todos los miembros de la familia de cualquier y de todas las fuentes.

Nombre de miembro familia	Fuente de ingreso	Cantidad \$	Frecuencia- ( Circule uno)		
			Semana	Mes	Año

**Springdale Housing Authority**  
**ASISTENCIA DE EMERGENCIA**

Indique la cantidad en dólares para sus gastos mensuales en la lista abajo:

Gasto en:	Cantidad Mensual	Ultima fecha pagada	Pagada por quién
Renta	\$		
Electricidad	\$		
Gas	\$		
Agua	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

Springdale Housing Authority  
ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON VIVIENDA

**Certificación del Solicitante**

Yo por este medio certifico que toda la información que yo he proveído en esta aplicación es verdadera y completa.. Yo también entiendo que cualquier persona que intente obtener asistencia con la vivienda o reducción de la renta haciendo falsos testamentos, por suplantación de identidad, por fallar en revelar o por intencionalmente ocultar información, o cualquier acto de asistencia para el cual el atentar es un crimen bajo la ley federal y bajo la ley del estado. **YO DOY PERMISO A LA OFICINA DE AUTORIDAD DE VIVENDA EN SPRINGDALE PARA CONTACTAR A MI PROPRETARIO Y COMPANIAS DE UTILIDADES PARA DISCUTAR CUALQUIER TIPO DE CANTIDAD ATRASADA O CANTIDADES FUTURAS.**

**Advertencia:** *Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de una felonía por tener conocimiento, y estar dispuesto/a a hacer declaraciones falsas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos y debe ser multado/a por no más de \$10,000 o ser prisionero/a por no más de cinco años, o ambos.*

_____	_____
Firma de la cabeza de familia	Fecha
_____	_____
Firma de la esposa/o - co cabeza de familia	Fecha

Certificación del Representante de la PHA	
Yo por este medio certifico por medio de mi firma que yo he explicado todas las preguntas en este formulario de aplicación y he revisado las respuestas entregadas por la cabeza de familia para asegurar que estas preguntas fueron completamente comprendidas, y completamente respondidas.	
_____	_____
Firma del representante de la PHA	Fecha

**FOR LANDLORD  
INFORMATION REQUIRED**

- 1. Landlord Name**\_\_\_\_\_
- 2. Address**\_\_\_\_\_
- 3. W-9 \_\_ Please attach W-9 and return to Housing Authority**
- 4. Statement of Client Arrears:**
  - a. Client Name**\_\_\_\_\_
  - b. Monthly Rent**\_\_\_\_\_
  - c. Number of Months in Arrears:**\_\_\_\_\_

**Landlord Signature**\_\_\_\_\_

**Return to Springdale Housing Authority:**

**E-mail: [reception@springdaleha.org](mailto:reception@springdaleha.org)**

**Fax: 479-756-8059**

**Mail: P.O. Box 2085 Springdale, AR 72765**

**In Person: 5 Applegate Drive, Springdale, AR**