



SOLISITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER DE LA CIUDAD DE SAN JOAQUIN

Toda la solicitud y proporcione los siguientes elementos deben de ser completados antes de enviarla a la Ciudad de San Joaquín

Documentación del impacto económico durante el período de la pandemia de COVID-19, del 27 de marzo de 2020 hasta al presente

(Debe marcar al menos una (1) casilla de lo siguiente)

- Cierramiento del lugar de trabajo o reducción de horas como resultado de los impactos económicos del empleador del COVID-19:
 - Miembros del hogar perdieron / Fueron despedidos del empleo por parte del empleador
 - Notificación a los miembros del hogar de la licencia del empleador
 - Notificación a los miembros del hogar que confirmen la reducción de horas y / o pago
 - Solicitud o aprobación de los miembros del hogar para los beneficios del seguro de desempleo
 - Una autocertificación firmada que incluye el nombre del miembro del hogar que trabaja por cuenta propia, el nombre y la naturaleza del negocio y una narrativa que confirme el impacto económico en el trabajo por cuenta propia durante el período de pandemia elegible.
 - Cuidar a un miembro del hogar o de la familia que está enfermo con COVID-19
 - Proporcione una declaración médica que indique que ha sido tratado por COVID-19
 - Verificación firmada que declara que ha sido infectado con el virus COVID-19
-

**LA SOLICITUD ES VENCIDA EL 20 DE NOVIEMBRE DE 2020 a las 4:30 pm
UNA SOLICITUD INCOMPLETA PUEDE RETRASAR LOS BENEFICIOS O DESCALIFICARLO PARA RECIBIR
BENEFICIOS**

INFORMACION PERSONAL:

NOMBRE COMPLETO LEGAL: _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA: _____

DOMICILIO DE ENVIO: _____

NUMERO DE TELEFONE: _____ CORREO ELECTRÓNICO _____



1. ¿Ha solicitado, espera solicitar o ha sido aprobado para un Préstamo por Desastre de Asistencia para el Hogar (HADL)? Si No
2. ¿Ha solicitado, espera solicitar o ha sido aprobado para una asistencia financiera por desempleo / discapacidad /? Si No
3. ¿Su hogar tiene gravámenes fiscales, juicios o violaciones del código municipal locales, estatales o federales no pagados? Si No
4. ¿Tiene documentación de verificación de ingresos? Si No
 Talones de cheques Declaraciones de desempleo Asistencia estatal / federal
5. ¿Tiene prueba de residencia dentro de los límites de la ciudad de San Joaquin? como factura de PG&E, factura de agua o cualquier otra documentación con dirección física. Sí No
6. ¿Usted Alquila O Es propietario de un lugar de residencia hipotecario?

FIRMA DE APLICANTE

FECHA

CIUDAD DE SAN JOAQUIN

COVID-19 Formulario de autocertificación de ingresos familiares para asistencia de alquiler de emergencia

INSTRUCCIONES: Esta es una declaración escrita que documenta el Ingreso Anual, el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar y las características relevantes de cada miembro para los propósitos de la determinación de ingresos.

Para completar esta declaración, complete los campos en blanco a continuación utilizando la información del Formulario de Autocertificación de Ingresos Anuales Individual adjunto, completo y firmado por **CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE 18 AÑOS O MAYOR**, excepto los estudiantes de tiempo completo. El jefe de familia solicitante debe firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa y que la documentación original se proporcionará a pedido.

Aplicante:	
Domicilio:	Ciudad:



Telefono:	Estado:	Codigo Postal:
-----------	---------	----------------

Información de ingresos de miembros del hogar

Nombre:	Ingreso Total Anual:	HH	CH	DIS	S≥18	<18	<15

JF= Jefe de familia; **CJ** = Co-Jefe de hogar; **DIS** = Personas con discapacidad; **S≥18** = estudiantes de tiempo completo de 18 años o más; **<18** = Niños menor de 18 años; **<15** = menor de 15 años

Ingreso bruto anual (total de todos los miembros) = \$ _____

Certifico que esta información es completa y precisa. Acepto proporcionar, previa solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Administrador del Programa de Asistencia de Alquiler de la Ciudad de San Joaquín.

JEFE DE FAMILIA		
Firma	Inprima el Nombre	Fecha
CO-JEFE DE HOJAR		



Firma	Inprima el nombre	fecha

AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES INDIVIDUALES

Miembro del hogar (nombre en letra de imprenta): _____

INSTRUCCIONES: Para completar esta declaración, complete los campos en blanco a continuación utilizando la información del Formulario de Auto certificación de Ingresos Anuales Individual adjunto, completo y firmado por CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE 18 AÑOS O MAYOR, excepto los estudiantes de tiempo completo. El miembro *del hogar debe firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación original se proporcionará a pedido.*

Fuente de ingresos	Ingresos anuales en dolares
Salario	
Beneficios de autonomos	
Seguro social (SS)	
Ingreso de seguridad suplementario (SSI)	
Discapacidad del Seguro Social (SSD)	
Oportunidad laboral y responsabilidad de los ninos en California (CALWORKS)	
Asistencia temporal para familias (TANF)	
Pension	
Pension alimenticia	
Manutencion de los hijos	
Seguro de desempleo	
Intereses de cuentas bancarias y fondos en efectivo	



Renta de propiedad de alquiler	
Otras fuentes de ingresos no mostradas arriba	
Ingresos annual bruo total:	

Marque aquí si es MIEMBRO DEL HOGAR DE 18 AÑOS O MÁS y no tiene ingresos y certifique firmando a continuación.

Certifico que esta información es completa y precisa. Acepto proporcionar, a pedido, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Administrador del Programa de Asistencia de Emergencia para Alquiler de la Ciudad de San Joaquín.

Firma	Imprima nombre	fecha
--------------	-----------------------	--------------

SECCION II – COMPLETADA POR LA AGENCIA PERSONAL			
PROPIETARIO / PROPIETARIO LEGAL COMPAÑÍA DE ADMINISTRACIÓN (si corresponde) NÚMERO DE TELÉFONO			
DIRECION	CIUDAD	ESTADO	CODICO POSTAL
<p>El personal de la Ciudad ha verificado el contrato de arrendamiento / alquiler y otra documentación de elegibilidad por parte del Solicitante identificado anteriormente y ha determinado que este hogar es elegible para recibir Asistencia de Emergencia para el Alquiler. Este programa está financiado por la Ciudad de San Joaquín y proporciona pagos mensuales de alquiler y / o atrasos de alquiler mensual directamente al propietario / compañía de administración de la propiedad en nombre de los hogares elegibles económicamente impactados durante la pandemia de COVID-19 a través de la pérdida de empleo, licencia o reducción de horas o paga. La ciudad de San Joaquin emitirá estos pagos en nombre del solicitante. Este acuerdo y un formulario W-9 completo, Solicitud de Número de Identificación del Contribuyente y Certificación deben devolverse al personal de la Ciudad de San Joaquín para poder procesar los pagos. Los pagos se emitirán mensualmente al propietario como se define a continuación:</p>			



ASISTENCIA DE ALQUILER PROPORCIONADA TOTAL \$ _____	TÉRMINOS DE ASISTENCIA ANTICIPADOS Por ____ meses consecutivos en pesando _____		
NOMBRE DEL PERSONAL DE LA AGENCIA (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)	FIRMA DEL PERSONAL DE LA AGENCIA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO

Anexo A

Formulario de autocertificación firmado

Nombre del miembro del hogar que trabaja por cuenta propia:

Nombre y naturaleza de la empresa:

Narrativa que confirma el impacto económico sobre el trabajo por cuenta propia durante el período pandémico elegible (27 de marzo de 2020)



Firma

Fecha