



130(3.8.68.8.&3(&/5103?
 \$07&E\$6&3&4/0

4FDDJPOFT II, III, IV, V, VI, VII & VIII, (SEPTMDEBTEDEBWT W`a _ebWdWfUS V S b a d W^ [` c g
 & XI (SEPTMDEBTEDEBWSMIE_ b ^ Wf S V S b a d W^ b d a b [Wf S

4FDDJOUPTFMORVJMJOB	
PNCSFDPNMFUPIDMVZFOEPMB JOJDJBMFMFHVOEPDPNCSF	
SFDDJO	
JVEBEETUBEPZDEJHPETUBM	
PSSFP&MFDUSOJDP	
NFSPEFDFMGPOP	
NFSPEFDFMGPOP&MUFSOBUJWP	
FDIBEFDBJNFOUP	
FYP	.BTDVMJOB FNFOJOB 1SFGJFSPDFMBSBS
SJHF&OJDP	/PTBOP&PMBUJOB)JTBOP&PMBUJOB 1SFGJFSPDFMBSBS
BB	ADPE TJUJDP /FHSP&GSPBNFSJDBOP 7BSJBT&BUFHPSJBT /BUJWPE&BXBJW&USBEFMBT&MTBEFM&BDJGDP 1SFGJFSPDFMBSBS /BUJW&NFSJDBOP&BUJWPE&FMBTLB
GPSNBDJOSJCBM&JBMJDBCMF	
&CJFOEP&VFNJ&FOUJEBE&FCF&F&S&V&F&S&G&J&D&B&E&N&F&E&J&B&O&U&F&V&O&E&P&D&V&N&F&O&U&P&E&F&E&F&O&U&J&E&B&E&D&P&O&S&P&U&P&H&S&B&G&B&S&B&E&F&S&S&U&J&D&J&B&S&E&O&E&T&U&F&S&P&H&S&B&N&B	

4FDDJODGPSNBDJOTPCSF&M&PHBS&J&D&F&D&F&T&J&U&B&N&E&T&B&D&J&P&U&J&M&J&D&F&M&E&J&O&B		
\$BOUJEBE&F&S TPOBTE&O&E&M&P&H&B&S&P&N&M&F&U&F&D&P&O&M&P&T&E&B&U&P&T&E&F&D&E&B&T&M&B&T&E&S&T&P&O&B&T&E&V&F&W&J&W&F&O&D&P&O&U&T&E		
JODMVZFOEP&J&P&T&N&F&O&P&S&F&T&E&F&E&P&T		
/PNCSFDPNMFUPIDMVZFOEPMB JOJDJBMFMFHVOEPDPNCSF	&EBE	FDIBEFDBJNFOUP

PROGRAMA DE AYUDA DE EMERGENCIA PARA LA RENTA POR COVID-19 DE LA CIUDAD DE FRESNO

Sección III. Ingresos de la familia y elegibilidad

1. ¿Usted u otra persona en su hogar califica para alguno de los siguientes programas? En caso afirmativo, marque la casilla y pase a la sección IV. Si no, complete #2 y #3

Medi-Cal

Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Estampillas de Comida de CalFresh o del Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Programa de Entrega de Despensas en Reservaciones Indígenas (FDPIR)

CalWORKS o Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Vivienda Subsidiada condicionada a presentar comprobantes de ingresos, (no incluyendo elección de hogar (housing choice), basada en proyectos, o recibo de Sección 8)

• **Nombre del Programa:** _____

OTRO: Cualquier programa de apoyo basado en los ingresos del hogar, financiado por el estado o por el gobierno federal, para personas o hogares con bajos ingresos

• **Nombre del Programa:** _____

OTRO: Cualquier programa de apoyo local para personas o hogares de bajos ingresos que requiere la verificación de los ingresos del hogar y siga los límites de ingresos federales

• **Nombre del Programa:** _____

Debe proporcionar la verificación más reciente de participación en el programa en forma de una carta de la agencia gubernamental que verificó los ingresos del hogar del solicitante realizados a partir del 1 de enero 2020

Documento recibido por la organización

2. Si no forma parte de uno de los programas anteriores, por favor, indique el total de los ingresos mensuales actuales de su familia	\$
--	----

Debe proporcionar la verificación más reciente de sus ingresos como se indica a continuación.

3. **Verificación de ingresos:** Por favor seleccione una forma de verificación que se listan a continuación

He presentado o presentaré una declaración de impuestos del 2020 y certificaré los ingresos anuales de mi hogar utilizando mi declaración federal de impuestos u otra documentación oficial de impuestos de 2020 (1099, 1099G, W-2)

Indique los ingresos brutos ajustados del hogar de su declaración de impuestos Federal del 2020

Debe proporcionar la declaración de impuestos federales de 2020, 1099(s), 1099G o W-2(s) para su hogar

Documento recibido por la organización

<input type="checkbox"/> Certificaré los ingresos de cada uno de los miembros de los miembros del hogar (rellene los siguientes cuadros)		<i>Escriba los ingresos anuales de su hogar</i>
Nombre del miembro del hogar:	Nombre del miembro del hogar:	
Nombre del miembro del hogar:	Nombre del miembro del hogar:	
Nombre del miembro del hogar:	Nombre del miembro del hogar:	
Nombre del miembro del hogar:	Nombre del miembro del hogar:	

Debe proporcionar la verificación de ingresos más reciente en forma de declaración de salarios, declaración de intereses, declaración de compensación por desempleo para todos los miembros de su hogar.

Documento recibido por la organización

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Las certificaciones y atestados son declaraciones legales que atestiguan la veracidad de sus declaraciones en esta solicitud.

PROGRAMA DE AYUDA DE EMERGENCIA PARA LA RENTA POR COVID-19 DE LA CIUDAD DE FRESNO

Section IV. Información de impacto por COVID-19	
<p>1. En su hogar, ¿una o más personas calificaron para prestaciones por desempleo, tuvieron una reducción en ingresos, tuvieron costos significativos (por ejemplo, niño(s) en casa en aprendizaje a distancia, aumento de los gastos de cuidado de los hijos, gastos médicos relacionados con COVID-19, aumento de los gastos del hogar debido a COVID-19), o sufrieron dificultades financieras después del 1 de abril</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><i>Si la respuesta es sí, por favor, continúe con la solicitud. Si marca "no", usted no califica para el programa de asistencia ERA.</i></p>	
<p>2. Marque las condiciones que se aplican a cualquier persona en su hogar relacionadas con la pandemia de COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente desempleado(a) por 90 días</p> <p><input type="checkbox"/> Despedido- Recibiendo beneficios de desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Despedido- Sin recibir beneficios de desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Lugar de trabajo ha sido cerrado</p> <p><input type="checkbox"/> Debe quedarse en casa por los niños debido al cierre de la escuela o guardería</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia, y la empresa ya no proporciona ingresos o los ingresos han reducido</p> <p><input type="checkbox"/> Gastos incurridos relacionados con órdenes de permanencia en el hogar, trabajo desde casa o escuela desde casa incluyendo el aumento de las facturas de Internet, facturas de servicios públicos, la compra de equipos necesarios y otros gastos imprevistos</p> <p><input type="checkbox"/> No está dispuesto o no puede participar en su empleo anterior debido al alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Se ha proporcionado un formulario de dificultades financieras al propietario</p> <p><input type="checkbox"/> Reducción o eliminación de la manutención de los hijos o del cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Yo o alguien de mi familia hemos tenido un gasto médico o funerario inesperado relacionado con COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Los gastos de cuidado de niños o adultos dependientes aumentan debido a la COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Si no se aplica ninguno de los puntos anteriores, describa a continuación las dificultades económicas que usted o un miembro de su familia han vivido debido a la pandemia de COVID-19</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>3. El propietario ha enviado un aviso de pago, un aviso de desalojo, ha presentado una orden de retención ilegal contra usted debido a los impagos de los alquileres o ha indicado que va a intentar desalojarle</p> <p><i>Si su respuesta es sí, póngase en contacto con el Programa de Protección contra Desalojos al 559.621.8400</i></p> <p>www.fresno.gov/epp</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><input type="checkbox"/> Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Las certificaciones y atestados son declaraciones legales que atestiguan la veracidad de sus declaraciones en esta solicitud.</p>	

PROGRAMA DE AYUDA DE EMERGENCIA PARA LA RENTA POR COVID-19 DE LA CIUDAD DE FRESNO

Sección V. Información sobre la obligación de alquiler del inquilino			
1. ¿Solicita una ayuda con su renta? Si su respuesta es no, pase a la sección VI			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Cuánto paga cada mes por su renta?			\$
<i>Debe proporcionar el contrato de renta más reciente entre el inquilino y el propietario/empresa</i>			
¿Cuántos meses debe de renta atrasada después del 1 de abril de 2020?			
<i>Debe proporcionar la verificación detallada más reciente de la cantidad debida al propietario/empresa.</i>			
4. ¿Cuánto se le debe actualmente a su arrendador/propietario después de abril 1, 2020?			
Abril 2020- \$	Octubre 2020- \$	Abril 2021- \$	Octubre 2021- \$
Mayo 2020- \$	Noviembre 2020- \$	Mayo 2021- \$	Noviembre 2021- \$
Junio 2020- \$	Diciembre 2020- \$	Junio 2021- \$	Diciembre 2021- \$
Julio 2020- \$	Enero 2021- \$	Julio 2021- \$	
Agosto 2020- \$	Febrero 2021- \$	Agosto 2021- \$	
Septiembre 2020- \$	Marzo 2021- \$	Septiembre 2021- \$	
5. ¿Cuánto ha pagado en sobrecargos por pagos atrasados?			
6. ¿Cuánto ha pagado en costos de mudanza?			
7. ¿Ha recibido alguna ayuda federal, estatal o local para el alquiler COVID-19 desde abril 1, 2020? (Por ejemplo, la ayuda al alquiler de viviendas)			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la organización que le ayudo		Cantidad : \$	Fecha:
8. Actualmente, ¿recibe ayuda en el pago de su renta de parte del gobierno federal, estatal o local? (por ejemplo, Vales de Elección de Vivienda o Apoyo de Alquiler Basada en Proyectos?)			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la organización que le ayudo		<input type="checkbox"/> Mensualidad <input type="checkbox"/> Una vez	Fecha
		Cantidad: \$	
<input type="checkbox"/> Doy fe de que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que los gastos identificados en esta solicitud se produjeron después del 1 de abril de 2020, según la ley de California.			

PROGRAMA DE AYUDA DE EMERGENCIA PARA LA RENTA POR COVID-19 DE LA CIUDAD DE FRESNO

Sección VI. Información sobre los servicios públicos

(Sólo para inquilinos-suba el contrato de renta o la declaración jurada de renta) **Documento recibido por la organización**

Debe proporcionar la información de número de cuenta, de cada compañía de servicios públicos para las cuales solicita ayuda (se pagará directamente a las compañías de servicios públicos)

a.) Electricidad	\$
<i>Compañía proveedora</i> <i>Número de cuenta</i> <i>Nombre en la cuenta</i>	
b.) Gas	\$
<i>Compañía proveedora</i> <i>Número de cuenta</i> <i>Nombre en la cuenta</i>	
c.) Internet	\$
<i>Compañía proveedora</i> <i>Número de cuenta</i> <i>Nombre en la cuenta</i>	
d.) Agua	\$
<i>Compañía proveedora</i> <i>Número de cuenta</i> <i>Nombre en la cuenta</i>	
e.) Drenaje	\$
<i>Compañía proveedora</i> <i>Número de cuenta</i> <i>Nombre en la cuenta</i>	
f.) Basura	\$
<i>Compañía proveedora</i> <i>Número de cuenta</i> <i>Nombre en la cuenta</i>	

Al firmar este formulario, certifico que la información incluida en esta solicitud es real, exacta y completa. Me comprometo a notificar inmediatamente a la Ciudad de Fresno, sus contratistas, consultores y otras agencias federales o estatales (Socios de la Ciudad) cualquier cambio en esta información. Entiendo que, como condición para participar en el programa, la ciudad de Fresno y sus socios municipales están autorizados a solicitar una verificación adicional si la información reportada parece ser inconsistente o incorrecta. Comprendo que si proporciono cualquier información falsa o engañosa, será motivo para denegar mi participación en el programa. Además, estoy de acuerdo en que indemnizaré, defenderé y libraré de responsabilidad a la Ciudad de Fresno y a sus Socios de la Ciudad contra cualquier responsabilidad, pérdida, daño o cualquier gasto, incluyendo pero no limitándose a los honorarios de los abogados, que surjan o resulten de una negligencia en relación con el Programa. Al aceptar estos Términos y Condiciones, doy mi consentimiento (permiso) a la Ciudad de Fresno, sus Socios de la Ciudad, y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía y/o otra información necesaria para proporcionar servicios y beneficios, incluyendo el pago de fondos al proveedor de servicios públicos en nombre de mi hogar como se describe en esta solicitud. También entiendo y consiento la divulgación de esta información de acuerdo con la Ley de Registros Públicos, en la medida en que lo exija la ley de California.

Nombre/firma del solicitante: _____ **Fecha :** _____

