



***Esta siendo deshauciado?
Dificultad para pagar su alquiler?
Aplique para verificar su cualifica!***

Si usted o alguien en su hogar ha o esdta experiemntado dificultades economicas a raiz del virus COVID-19 y esta atrazado en sus pagos de su alquiler, el programa “Emergency Rental Assitance Program” podria ayudarle.

Para cualificar

Su unidad debe ser un alquiler en el condado de Carroll.

Debe haber perdido su ingreso ó estar atravesando dificultades económicas a causa directa ó indirecta al virus COVID-19

| Tamaño del hogar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 80% Ingreso medio | \$55,950 | \$63,950 | \$71,950 | \$79,900 | \$86,300 | \$92,700 | \$99,100 | \$105,500 |

El hogar debe estar en ó menos del 80% del ingreso medio

Documentación requerida**

Copia de su contrato ó acuerdo de alquiler

Evidencia del ingreso en el hogar

Evidencia del impacto del virus COVID-19 en el hogar

- *Evidencia de su reclamo para beneficios de desempleo o carta de aprobación de beneficios*
- *Carta de su patrón confirmando despido, cesanteo y/o redición de horas*
- *Evidencia de reducción de cuidado de niños debido al COVID-19 de parte del cuidado o la escuela*
- *Evidencia de contagio, cuarentena o distanciamiento por causa del COVID-19 (documentos del hospital ó carta del doctor confirmando la información)*
- *Talonarios de pago evidenciando reducción en horas/paga (múltiples talonarios serán requeridos su es pre-COVID)*
- *Evidencia de culaquier gasto debido a COVID-19*
- *Carta demostrando la deuda o demoras en los pagos de su renta y los meses.*

COVID-19 Emergency Rental Assistance Program (ERAP)

El programa ERAP es administrado por Human Services Programs of Carroll County. Para más información llame: 410-386-6620—renthelp@hspinc.org—www.hspinc.org.



SERVICIOS PARA HOGARES

Carroll County Emergency Rental Assistance Program (CCERAP)

Aplicación para asistencia

QUIEN PUEDE APLICAR PARA ASISTENCIA?

Residentes del condado de Carroll que han sido afectados por la pandemia COVID-19 y que sus ingresos estan bajo el 80% del salario promedio (ver grafica).

Al menos un miembro del hogar haya cualificado para beneficios de desempleo despues de Marzo 16, 2020 ó experimentado dificultades financieras debido a la pandemia.

| Income Limit | |
|-----------------------------|---------------------|
| Number of Household Members | Gross Annual Income |
| 1 | \$55,950.00 |
| 2 | \$63,950.00 |
| 3 | \$71,950.00 |
| 4 | \$79,990.00 |
| 5 | \$86,300.00 |
| 6 | \$92,700.00 |
| 7 | \$99,100.00 |
| 8 | \$105,500.00 |

CON QUE LE PUEDEN AYUDAR LOS FONDOS CCERAP?

- Renta atrasada (12 meses maximo)
- Asistencia con la renta (3 meses a la vez)
- Pagos atrasados en las utilidades (12 meses maximo)
- Ayuda con las utilidades (3 meses a la vez)

La asistencia total combinada por hogar no puede exceder 15 meses.

Los fondos CCERAP solamente son para asistencia en renta ó utilidades que adeudadas en ó despues de Abril 2020.

QUE DOCUMENTOS TIENES QUE FACILITAR CON SU APLICACION?

- Evidencia de ingresos para todos los adultos en el hogar
- Contrato de arriendo/acuerdo – debe ser el actual y estar firmado por el propietario e inquilino
- Factura sin pagar o aviso de terminación de servicio (solamente requerido si esta aplicando para asistencia con las utilidades)
- Evidencia de las dificultades a cause del COVID-19 (una carta escrita confirmando las dificultades puede ser sustituto de la documentación)
 - Evidencia de solicitud de beneficios de desempleo o carta de aprobación
 - Carta del empleador (despido, cesanteo, reducción de horas, etc.)
 - Evidencia de reducción el el cuidado de niños debido al COVID-19. Puede ser de la escuela o guarderia
 - (ex. discharge note from hospital, doctor's confirmation) Evidencia de diagnostic positive, cuarentena o aislamiento debido al COVID-19 (nota del hospital, doctor)
- Verificación de renta/utilidades demoradas y la forma W-9 completada por el propietario de la propiedad (incluida en los documentos de aplicación)

COMO COMPLETAR EL PROCESO DE APLICACION

- Lleve su aplicación CCERAP ya completada a HSP 10 Distillery Dr, suite G-1, Westminster MD entre las horas de 9:00 AM – 4:00 PM de Lunes a Viernes.
- Puede “scan” la aplicación CCERAP y enviarla por correo postal a renthelp@hspinc.org
- Enviar la aplicación CCERAP via postal a Human Services Programs of Carroll County, Inc. P.O. Box 489 Westminster, MD 21158

| | |
|--------------|--|
| Personal | |
| Necesidad | |
| Verificacion | |

| Part 1: Informacion del cliente | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|---|--------------|
| Nombre | Primer Nombre | | Inicial | Apellido | |
| Genero (A) | <input type="checkbox"/> M (1) <input type="checkbox"/> Transfemenino (3) <input type="checkbox"/> F (2) <input type="checkbox"/> Transmasculino (4) <input type="checkbox"/> Genero no definido (5) | | Estado Civil (B) | <input type="checkbox"/> Casado/a (1) <input type="checkbox"/> Separado/a (4) <input type="checkbox"/> Soltero/a (2) <input type="checkbox"/> Viudo/a (5) <input type="checkbox"/> Divorciado/a (3) | |
| Seguro social | | | Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | |
| Direccion Fisica | | | Ciudad/Estado/Zip | | |
| Direccion Postal | | | Ciudad/Estado/Zip | | |
| Telefono | | | Correo electronico | | |
| Sin Hogar | Incapacitado | Veterano | | Embarazada | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | / / |
| Seguro Medico (C) | <input type="checkbox"/> Ninguno(1) <input type="checkbox"/> Asistencia Medica(2) <input type="checkbox"/> Privado(3) <input type="checkbox"/> PAC(4) <input type="checkbox"/> Medicare(5) <input type="checkbox"/> VA(6) <input type="checkbox"/> Nativo(7) <input type="checkbox"/> Other(8) | | Dificultades para Transporte | <input type="checkbox"/> Frecuentes <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Desconozco | |
| Etnicidad (D) | Es Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si (S) <input type="checkbox"/> No (N) | | Raza (E) | <input type="checkbox"/> Blanco/a (1) <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a (2) <input type="checkbox"/> Asiatico/a (3) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/a - Nativo/a de Alaska (4) <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawaii / Islas del Pacifico (5) | |

Parte 2: Informacion de su hogar

Por favor complete la informacion solicitada para todos los miembros de su hogar. Utilize los codigos de los encasillados A, B, C, D y E

| Nombre | Primer nombre | Inicial | Apellido | Genero (encasillado A) | | | | | Relacion con usted | | | | | |
|---|---|---|----------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | SSN | | Estado Civil (Encasillado B) | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Incapacitado | Veterano | Embarazada | Fecha | Aseguranza (Encasillado C) | | | | Etnicidad (Encasillado D) | | Raza (E) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | / / | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Nombre | Primer nombre | Inicial | Apellido | Genero (encasillado A) | | | | | Relacion con usted | | | | | |
|---|---|---|----------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | SSN | | Estado Civil (Encasillado B) | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Incapacitado | Veterano | Embarazada | Fecha | Aseguranza (Encasillado C) | | | | Etnicidad (Encasillado D) | | Raza (E) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | / / | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Nombre | Primer nombre | Inicial | Apellido | Genero (encasillado A) | | | | | Relacion con usted | | | | | |
|---|---|---|----------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | SSN | | Estado Civil (Encasillado B) | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Incapacitado | Veterano | Embarazada | Fecha | Aseguranza (Encasillado C) | | | | Etnicidad (Encasillado D) | | Raza (E) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | / / | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Part 2 Continued | | | | | | | | | |
|---|---|---|----------|---|---|---|--|---|--|
| Nombre | Primer nombre | Inicial | Apellido | Genero (encasillado A) | | | Relacion con usted | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | SSN | | Estado Civil (Encasillado B) | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| | | | | | | | | | |
| Incapacitado | Veterano | Embarazada | Fecha | Aseguranza (Encasillado C) | | Etnicidad (Encasillado D) | Raza (E) | | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | / / | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| Nombre | Primer nombre | Inicial | Apellido | Genero (encasillado A) | | | Relacion con usted | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | SSN | | Estado Civil (Encasillado B) | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| | | | | | | | | | |
| Incapacitado | Veterano | Embarazada | Fecha | Aseguranza (Encasillado C) | | Etnicidad (Encasillado D) | Raza (E) | | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | / / | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| Nombre | Primer nombre | Inicial | Apellido | Genero (encasillado A) | | | Relacion con usted | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Fecha de nacimiento | MM / DD / YYYY | SSN | | Estado Civil (Encasillado B) | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| | | | | | | | | | |
| Incapacitado | Veterano | Embarazada | Fecha | Aseguranza (Encasillado C) | | Etnicidad (Encasillado D) | Raza (E) | | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | / / | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |

Acuerdo del cliente para la entrada de datos en "ServicePoint system" comunitario

El programa "Community Service Point (CSP)" es utilizado por agencias para así tener una base de datos actualizada de todos aquellos que brindan servicios. Esta información ayuda a las agencias a planificar futuros servicios y ayudas. La información puede ser compartida a otras agencias si usted lo autoriza. De este modo se facilita el proceso de coordinación y entrega de servicios.

Al firmar este document usted:

- Acepta que su información demografica sea entrada en la base de datos "Community ServicePoint (CSP)"
- Permitir que su información y la de su familia demografica sea vista por nuestros proveedores.(vea listado)
*Esta información incluye su nombre, ultimos 4 digitos de su Seguro social, telefonos, direcciones, correo electronico, edad, raza, nacionalidad, estado de incapacidad si aplica, estado de veteran y aseguranza medica. El compartir esta información le permitira a otras agencias poder brindarle servicios de manera eficiente sin tener que facilitar la misma nuevamente. Cualquier otro dato personal no sera comaprtido sin su autorizacion. **El que decida o no compartir su información no afectara la decision tomada en su aplicacion.***

Seleccione las agencias con las que desea compartir su información:

- Access Carroll
- Carroll County Bureau of Aging
- Carroll County Department of Citizen Services
- Carroll County Department of Social Services
- Carroll County Health Department

- Carroll County Youth Services Bureau
- Human Services Program
- Recovery Support Services
- Westminster Rescue Mission
- Pido que mi información **no sea compartida**

Firma del aplicante

Fecha de firma

Fecha vigencia

Otros (si el aplicante es menor de edad)

Relacion con el aplicante

Fecha de expiracion

FOR HSP OFFICE
STAFF ONLY:

Client ID: _____

HSP Staff: _____

Date: _____



Human Services Programs
of Carroll County, Inc.

Income Data and Sources for Household

10 Distillery Drive, Westminster, MD 21157

P. O. Box 489, Westminster, MD 21158

www.hspinc.org

410-857-2999

410-876-5407

FAX 410-857-8793

Nombre: _____

Fecha: _____

TOOS LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEBEN COMPLETAR EL FORMATO

| Fuente de Ingresos (estime al entero mas cercano) | Nombre de la cabeza del hogar: | Nombre adulto #2: | Nombre adulto #3: |
|---|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Sueldo (i.e., ingresos de empleo) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Desempleo | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingreso de Suplemento (SSI) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Beneficios de Discapacidad (SSDI) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Pagos por Discapacidad de veteranos "service connected" | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Pagos por Discapacidad de veteranos "non-service connected" | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Pagos por discapacidad aseguranza privada | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Compensación de empleo | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Asistencia para familias en necesidad (TANF/TCA) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Asistencia General (GA) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Pagos de retiro del Seguro Social | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Pagos de retiro o pensión de empleador privado | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Manutención | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Pago o sustento a pareja | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Otros recursos Especifique la fuente: | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingreso total de todas las fuentes Sources | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |



Income Data and Sources for Household

10 Distillery Drive, Westminster, MD 21157
 P. O. Box 489, Westminster, MD 21158
 www.hspinc.org

410-857-2999

410-876-5407

FAX 410-857-8793

| Fuentes de ingreso – no monetario (non-cash) | Nombre de la cabeza de hogar: | Nombre adulto #2: | Nombre adulto #3: |
|--|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Programa de Nutricion Suplemental (SNAP) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Nutricion Suplemental para mujeres, infantes y niños(WIC) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Programa de ayuda para familias en necesidad y otros | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Programa de asistencia a familias en necesidad y servicios de transportación | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Otros recursos Especifique: | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

TODOS LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEBEN FIRMAR EL DOCUMENTO

| | | |
|-----------------|----------------|----------------|
| _____ Nombre | _____ Firma | _____ Fecha |
| _____ Nombre | _____ Firma | _____ Fecha |
| _____ Nombre | _____ Firma | _____ Fecha |





SERVICIOS DE VIVIENDA

Carroll County Emergency Rental Assistance Program

COVID-19 Financial Hardship & Unemployment Assistance

Nombre: _____

Fecha: _____

Para determinar la elegibilidad a asistencia financiera, por favor responda las siguientes preguntas:

1. Cual es la adversidad principal experimentada en su hogar a causa de la pandemia COVID-19?

- Un miembro de mi hogar/Vivienda cualifica/recibe beneficios de desempleo (vea pregunta #3)
- Mi hogar a experimentado reducción en ingresos Mi hogar a incurrido en gastos adicionales
- Otro (Explique)
-

2. Cual es la segunda dificultad experimentada en su hogar a causa de la pandemia COVID-19 (si aplica)

- Un miembro de mi hogar/Vivienda cualifica/recibe beneficios de desempleo
- Mi hogar a experimentado reducción en ingresos Mi hogar a incurrido en gastos adicionales
- Otro (Explique)
-

Si aplica, usted debe facilitar documentos que sustenten su dificultad financiera a causa de la pandemia COVID-19.

****Una declaración/certificación puede ser aceptada como evidencia de sus necesidades****

3. Si usted indicó que un miembro de su hogar calificó/recibe beneficios de desempleo por favor responda las siguientes preguntas:

Cuando usted aplicó ó comenzo a recibir beneficios por desempleo? _____

Usted está recibiendo pagos de desempleo en este momento? Sí No

Si "No," cuando temrinaron los pagos? _____

Cuanto recibió como pago semanal? \$ _____

Si aplica, usted debe facilitar documentacion que confirme que recibe o estaba recibiendo beneficios de desempleo. Por favor facilite el estado de beneficios de desempleo o cualquier otra informacion relevante relacionada a su desempleo y pagos.

Con mi firma certifico que toda la informacion incluida es cierta y exacta. Comprendo que los servicios no son garantizados y dependen si la documentacion/evidencia cumple con los requisitos para ser eligible.

Firma

Fecha



SERVICIOS DE VIVIENDA

Solicitud para asistencia con pagos de renta y utilidades

Complete la grafica con la cantidad de renta y/o utilidades para las cuales solicita asistencia. Pueden solicitar hasta 12 meses de retraso (arrears) y hasta 3 meses de posible asistencia en cada columna

Las cantidades eben ser documetadas con facturas, notificaciones de pago

**** El propietario de al propiedad debe facilitar evidencia de la renta sin pagar y/o utilidades en su nombre****

| <i>Mes</i> | <i>Asistencia con la renta</i> | <i>Asistencia con las utilidades</i> |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Marzo 13-31, 2020 | | |
| Abril 2020 | | |
| Mayo 2020 | | |
| Junio 2020 | | |
| Julio 2020 | | |
| Agosto 2020 | | |
| Septiembre 2020 | | |
| Octubre 2020 | | |
| Noviembre 2020 | | |
| Diciembre 2020 | | |
| Enero 2021 | | |
| Febrero 2021 | | |
| Marzo 2021 | | |
| Abril 2021 | | |
| Mayo 2021 | | |
| Junio 2021 | | |
| Julio 2021 | | |
| Agosto 2021 | | |
| Septiembre 2021 | | |
| Octubre 2021 | | |
| Noviembre 2021 | | |
| Diciembre 2021 | | |
| Total solicitado | | |

Con mi firma, certifico que toda la información facilitada es cierta y exacta. Comprendo que los servicios no son garantizados y dependen de la documentación/verificación de los documentos para determinar elegibilidad.

Firma

Fecha



SERVICIOS DE VIVIENDA

Carroll County Emergency Rental Assistance Program

ACUERDO DE ASISTENCIA

HSP Brinda, ESPERANZA, inspira al CAMBIO y facilita OPORTUNIDADES por medio de la movilización de la comunidad para batallar la pobreza. Los Servicios de Vivienda ayudan a los participantes a obtener y mantener su propio hogar. Los Servicios de Vivienda trabajan en la prevención de la pérdida de la Vivienda a través de referidos a servicios comunitarios, manejo de casos y conectando a los participantes con oportunidades de Vivienda y recursos.

Escoja los servicios de Vivienda que usted necesita:

- Ayuda con renta atrasada Asistencia actual/futura para la renta
- Pagos atrasados de las utilidades Asistencia con pagos actuales/futuros de las utilidades

Comprendo lo siguiente:

- Necesito facilitar toda la documentación solicitada en o antes de un periodo de 30 días luego de completar mi aplicación de lo contrario mi aplicación podría ser denegada
- La asistencia es basada en la elegibilidad acorde a los requerimientos descritos en la pagina introductoria de la aplicación.
- Un trabajador de HSP dara seguimiento entre 2-3 días luego de recibir su aplicación para coordinar conmigo y el propietario.
- Comprendo que la asistencia que reciba no cobra el total de la cantidad adeudada.
- Si recibo asistencia, discutire mi presupuesto y estare dispuesto/a a implementar nuevas estrategias para manejar m ingreso y decisiones al momento de incurrir en gastos.
- Estare en contacto con el equipo de Servicios de Educación Financiera de HSP.
- Estoy en acuerdo en aplicar a los servicios de asistencia en energia si estoy buscando ayuda con mis utilidades

Al firmar este acuerdo, reconozco que HSP puede facilitar asistencia con Vivienda y comprendo mi rol en el proceso.

Firma del participante

Fecha

Case Worker Signature

Date



EVALUACION DE NECESIDAD

NOMBRE: _____
 FECHA: _____ PERSONAL COMPLETANDO: _____

Esta evaluación es para conocer sobre su situación. Esta evaluación nos ayudara a facilitar servicios y referirle a otras entidades de ayuda.
Direcciones: Marque las opciones que mejor se asemejan a su situación.

| (1) Estado de vivienda | (2) Estado de salud | (3) Estado de ingresos | (4) Estatus de substancias | (5) Salud Mental |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia segura, aceptable sin necesidad de asistencia o apoyo financiero <input type="checkbox"/> Segura, subsidiada (HUD, seccion 8) <input type="checkbox"/> Atrasos en el pago de la renta <input type="checkbox"/> Pernoctando en casas | <input type="checkbox"/> Excelente salud, no tengo enfermedades cronicas, facil acceso a tratamiento <input type="checkbox"/> Aseguranza medica cubre mis necesidades <input type="checkbox"/> Mi salud esta bien, algunas condiciones pero recibiendo tratamiento <input type="checkbox"/> Mi aseguranza cubre la gran mayoría de mis necesidades <input type="checkbox"/> Salud es estable, diversas condiciones pero recibido tratamiento la granayoría manejables <input type="checkbox"/> Mi asegurnaza cubre algunas de mis condiciones | <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo complete con salario justo y beneficios <input type="checkbox"/> Empleo con salario suficiente pero sin beneficios, pago mis deudas a tiempo <input type="checkbox"/> Empleo pero con asistencia financiera (gobierno, seguro social, despensas) | <input type="checkbox"/> No tengo historia con drogas <input type="checkbox"/> No he utilizado substancias en los ultimos 5 años <input type="checkbox"/> No tengo abuso de substancias en los ultimos 5 años participo en programas de apoyo <input type="checkbox"/> No he usado substancias en los ultimos 6 meses – 1 año y participo en programas de apoyo | <input type="checkbox"/> No tengo historial de salud mental <input type="checkbox"/> Algun historial de salud mental <input type="checkbox"/> Historial extenso de salud mental, no impacta mi diario vivir |
| <input type="checkbox"/> Esperando deshaucio en los proximos 14 dias <input type="checkbox"/> Resido en un albergue <input type="checkbox"/> Recien terminada sentencia en los ultimos 90 dias | <input type="checkbox"/> Recibo tratamiento para mis condiciones y diagnosticos por un especialista <input type="checkbox"/> He visitado la sala de emergencias mas de una vez en los ultimos 90 dias <input type="checkbox"/> No tomo mi medicamento como ha sido indicado por mi medico / no tengo medicinas | <input type="checkbox"/> Empleo no es suficiente o ingreso para cubrir necesidades basicas, ayuda financiera externa (gobierno, seguro social, despensas) | <input type="checkbox"/> He utilizado en los ultimos 6 meses <input type="checkbox"/> Utilize en los 6 meses anteriores <input type="checkbox"/> Buscando tratamiento o apoyo para sobriedad | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental frecuentes, hace mi diario vivir dificil <input type="checkbox"/> Buscando tratamiento mental y apoyo |
| <input type="checkbox"/> Sleeping in a car <input type="checkbox"/> Duermo en la interperie <input type="checkbox"/> Duermo en un area no designada segura para personas | <input type="checkbox"/> Tengo una condicion cronica con diagnostico de condiciones en areas del cuerpo <input type="checkbox"/> Pernocte en el hospital en los ultimos 90 dias <input type="checkbox"/> No soy capaz de manejar mis condiciones medicas | <input type="checkbox"/> Sin empleo ó ingresos | <input type="checkbox"/> Utilizo alcohol <input type="checkbox"/> Utilizo drogas <input type="checkbox"/> Uso reciente de substancias pero no busco tratamiento y/o apoyo | <input type="checkbox"/> Siendo deseos de lastimarme o lastimar a otros <input type="checkbox"/> Recien diagnosticado con condicion mental pero no participo o busco ayuda |

| (6) Estado de bienestar | (7) Estado educativo | (8) Necesidades basicas | (9) Estatus Financiero | (10) Estatus Familiar |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siento Seguro/a esdtable <input type="checkbox"/> Tengo apoyo de la familia y/o amigos | <input type="checkbox"/> Complete la post-secundaria o entrenamiento especializado (grado asociado, bachillerato, tecnicno) | <input type="checkbox"/> Me siento en control de mi hogar <input type="checkbox"/> Tengo actividades planificadas diariamente, estoy feliz y satisfecho | <input type="checkbox"/> Excelente ahorrando para mi retiro tengo ahorros de emergencia | <input type="checkbox"/> No tengo hijos dependientes <input type="checkbox"/> Proveeo educacion, apoyo y estructura a mis hijos |
| <input type="checkbox"/> Desarrollando apoyo de la comunidad pero me gustaria mas | <input type="checkbox"/> Participo en educacion post secundaria, entrenamiento tecnico o entrenador personal. Algunos creditos universitarios | <input type="checkbox"/> Vivo independiente , cumpro mis necesidades basicas (cocino, ropa, transporte, internet, etc.) <input type="checkbox"/> Mantengo un itinerario independientemente | <input type="checkbox"/> Credito moderado, mantengo presupuesto algunos ahorros | <input type="checkbox"/> Participo de grupos de apoyo para facilitar educacion, estructura y apoyo a mis hijos Mi familia me ayuda |
| <input type="checkbox"/> Poco o ningun apoyo de la familia o comunidad <input type="checkbox"/> Use los servicios de crisis (hospital, unidad mobil) en los ultimos 6 meses <input type="checkbox"/> Algunos momentos no me siento seguro/a | <input type="checkbox"/> Tengo el GED y destrezas basicas de lectura y matematicas | <input type="checkbox"/> Puedo cumplir con la mayoría de mis necesidades necesito algunos apoyos para hacerlo <input type="checkbox"/> Cumpro mi rutina diaria con apoyo | <input type="checkbox"/> Algunas deudas pero capaz de hacer pagos regularmente, cumpro con mis necesidades pero no capaz de ahorrar | <input type="checkbox"/> No estoy Seguro/a si recibo los mejores servicios me gustaria tener mas apoyos, recursos para mis hijos |
| En los ultimos 90 dias: <input type="checkbox"/> Forzado/a a hacer algo por dinero/cosas <input type="checkbox"/> Abusado/a por alguien en mi hogar <input type="checkbox"/> Victima de delito | <input type="checkbox"/> No tengo GED/diploma algunas detrezas de lectura, participo en programa de educacion | <input type="checkbox"/> Puedo cumplir con algunas de mis necesidades basicas <input type="checkbox"/> Puedo mantener una rutina diaria en ocasiones y no siempre | <input type="checkbox"/> Historial de credito pobre y/o no credito <input type="checkbox"/> Debo dinero al IRS, HUD y/u otras agencias <input type="checkbox"/> Varias deudas sin pagar en los ultimos 6 meses <input type="checkbox"/> No tengo cuenta de banco | <input type="checkbox"/> Hijos sufrieron trauma en los ultimos 90 dias <input type="checkbox"/> Hijo ausenta mucho a la escuela, fracasando clases y dificultad para mejorar su desempeño <input type="checkbox"/> Hijo necesita guarderia para Yo poder salir a trabajar |
| <input type="checkbox"/> Temor por mi seguir diariamente <input type="checkbox"/> Estoy siendo abusado/a | <input type="checkbox"/> No tengo GED ni destrezas de lectura, matematicas o escritura | <input type="checkbox"/> No soy capaz de cumplir mis necesidades basicas <input type="checkbox"/> No soy capaz de mantener una rutina diaria | <input type="checkbox"/> No soy capaz de pagar nis deudas y/o tomar decisiones por mi cuenta | <input type="checkbox"/> Temor por el bienestar del niño <input type="checkbox"/> Niño esta siendo abusado |

Notas:

** Completado por el propietario **

Form. **W-9(SP)**

(Rev. octubre de 2018)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

► Visite www.irs.gov/FormW9SP para obtener las instrucciones y la información más reciente.

Entregue el formulario al solicitante. No lo envíe al IRS.

Escriba en letra de molde o a máquina. Vea Instrucciones Específicas en la página 3.

| | |
|---|--|
| 1 Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco. | |
| 2 Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba. | |
| 3 Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal de la persona cuyo nombre se indica en la línea 1. Marque solo uno de los siguientes 7 encasillados: <input type="checkbox"/> Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Fideicomiso/caudal hereditario <input type="checkbox"/> Cla. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ► _____ Nota: Marque el encasillado correspondiente en la línea anterior de la clasificación tributaria de la LLC de un solo miembro. No marque LLC si la LLC está clasificada como una de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, a menos que el dueño sea otra LLC que no es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. De lo contrario, vea las instrucciones en la página 3. <input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ► _____ | 4 Exenciones (los códigos aplican solo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4): Código de beneficiario exento (si alguno) _____ Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____ <i>(aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)</i> |
| 5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite). Vea las instrucciones. | Nombre y dirección del solicitante (opcional) |
| 6 Ciudad, estado y código postal (ZIP) | |
| 7 Anote el (los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional) | |

Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, este es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I, más adelante. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, más adelante.
Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1. Vea también **Nombre y número que se le debe dar al solicitante** para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Número de Seguro Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | - | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | - | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de identificación del empleador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | - | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | - | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

1. El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
2. No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) estoy exento de la retención adicional o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
3. Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los EE.UU. (definido después) y
4. El (Los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

Instrucciones para la certificación. Tiene que tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones para la Parte II, más adelante.

Firme Aquí

Firma de la persona de los EE.UU. ►

Fecha ►

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos futuros. Si desea obtener información sobre los más recientes acontecimientos que afectan al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones, tales como legislación promulgada después de que estos se han publicado, visite www.irs.gov/FormW9SP.

Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés), número de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones informativas incluyen, pero no se limitan a, los siguientes: