



PINAL COUNTY
WIDE OPEN OPPORTUNITY

**SOLICITUD PARA LA
SUBVENCIÓN EN BLOQUE PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO (CDBG)
PREVENCIÓN DE DESALOJO Y EJECUCIÓN HIPOTECARIA POR COVID-19**

I. ELEGIBILIDAD

¿Qué tipo de apoyo estás solicitando? Renta Hipoteca Depósito Tasas de HOA

¿Eres residente del Condado de Pinal? Sí No

¿Tú o algún miembro de tu hogar se ha visto afectado económicamente debido al COVID-19? Sí No

¿Su hogar cumple con el límite de ingresos del 80% para el tamaño de su familia? Sí No

¿Actualmente te encuentras experimentando alguno de los siguientes escenarios?

- Disminución de ingresos Reducción de horas Pérdida de empleo
- Cesantía Gasto no planeado o inesperado
- Cuidado de un miembro de la familia Otro

Tamaño de familia	LI (Media del 80%)
1 persona	43,600
2 personas	49,800
3 personas	56,050
4 personas	62,250
5 personas	67,250
6 personas	72,250
7 personas	77,200
8 personas	82,200

Explica tus dificultades relacionadas con el COVID-19:

II. PERSONAL

Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de SS _____

Co-solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de SS _____

Dirección Física _____ Teléfono de Casa () _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Composición del hogar: Suma a todas las personas que vivirán contigo. Usa una hoja de papel adicional si es necesario.					
Nombre	# de SS	Género	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación con el jefe de familia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Raza y origen étnico del jefe de familia. Esta información se recopila únicamente con fines informativos.	
Raza	
<input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o Afroamericano
<input type="radio"/> Caucásico o Blanco	<input type="radio"/> Nativo de Hawái o de Las Islas del Pacífico
<input type="radio"/> Otro multirracial	
Origen étnico	
<input type="radio"/> Hispano o Latino	<input type="radio"/> Latino No Hispano

III. INGRESO

En el siguiente cuadro, por favor enumere todas las fuentes y cantidades de dinero recibidas por cualquiera o todos los miembros de su hogar.
Por favor, proporcione un comprobante actual de ingresos

Nombre del Familiar	Empleo/Salario		Desempleo	Efectivo TANF	Manutención de Niños		Seguridad Social	Otro (Explica)
	Tarifa/Hora	Hora/Semana			Monto	Frecuencia		

Por favor indica la información del empleador a continuación:

Persona Contratada: _____ Persona Contratada: _____

Nombre del Empleador: _____ Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad y Código Postal: _____ Ciudad y Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____ Número de Fax: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Inicio: _____

Frecuencia con la que te pagan: _____ Frecuencia con la que te pagan: _____

¿Trabaja por cuenta propia o es dueño o copropietario de un negocio? SÍ NO

Si es así, ¿cuál es el nombre del negocio? _____

IV. BIENES

En la tabla de abajo, por favor enumera todos los bienes de todos los miembros de tu hogar. Proporciona 3 meses de declaraciones actuales y consecutivas para cada uno de los bienes.

Nombre del Familiar	Banco	Tipo de Cuenta (ver los ejemplos a continuación) Cheques, Ahorros, IRA/Jubilación, Acciones, Bonos, Jubilaciones IRA, Seguro de Vida, Mercado Monetario, Fideicomiso, Otro	Número de Cuenta	Saldo de la Cuenta

V. INFORMACIÓN SOBRE EL ALQUILER/HIPOTECA

Completa esta información si estás atrasado con el pago del alquiler
¿Cuál es tu pago mensual de alquiler? _____
¿De cuántos meses estás atrasado? _____
¿Cuáles son las penalizaciones que debe pagar, si las hay? _____
¿Cuál es el monto total de la deuda? _____
Comentarios:
Información del Propietario o del Administrador de la Propiedad:
Nombre del Propietario: _____
Dirección de facturación o de correo: _____
Número de teléfono: _____
Correo electrónico (si se encuentra disponible): _____
Sitio web de la empresa (si aplica): _____

Completa esta información si estás atrasado con el pago de tu Hipoteca

¿Cuál es tu pago mensual de hipoteca? _____

¿De cuántos meses estás atrasado? _____

¿Cuáles son las penalizaciones que debe pagar, si las hay? _____

¿Cuál es el monto total de la deuda? _____

Comentarios:

Información del Propietario o del Administrador de la Propiedad:

Información sobre hipotecas y prestamistas: _____

Compañía/Prestamista a la que pagas la hipoteca: _____

Número de cuenta de la hipoteca: _____

Dirección de facturación o de correo: _____

Número de teléfono: Correo electrónico (si se encuentra disponible): _____

Sitio web de la empresa (si aplica): _____

¿Has recibido algún apoyo relacionado con COVID de alguna otra agencia? Sí No

Si es así, ¿Qué cantidad recibiste? _____ Fecha de recepción _____

Nombre de la Agencia que te proporcionó el apoyo: _____

Dirección de la Agencia: _____

Persona de contacto de la agencia y número de teléfono: _____

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

Fecha



Departamento de vivienda
del Condado de Pinal

VI. CERTIFICACIÓN

_____ Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa en lo que a mi/nosotros concierne.

_____ Certifico que he experimentado dificultades financieras causadas por COVID-19 después del 1 de marzo, 2020.

_____ Acepto proporcionar toda la documentación necesaria para ayudar a determinar la elegibilidad y soy consciente de que toda la información y los documentos proporcionados, excepto los exentos de conformidad con la ley, son de dominio público.

_____ Además, concedo permiso y autorizo a cualquier empleador, institución financiera, banco, prestamista hipotecario, compañía de gestión/arrendador, u otra agencia pública o privada a revelar información considerada necesaria para completar esta solicitud.

_____ El(los) solicitante(s) certifica(n) que toda la información en esta solicitud, y toda la información facilitada en apoyo de esta solicitud, se proporciona con el propósito de determinar la elegibilidad y obtener fondos bajo la Prevención de Desalojo y Ejecución de Hipotecas a través de la Autoridad de Vivienda del Condado de Pinal.

_____ ¡ADVERTENCIA! El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por dar declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

SÓLO SE REVISARÁN LAS SOLICITUDES COMPLETADAS CON TODAS LAS VERIFICACIONES SOLICITADAS PARA LA ELEGIBILIDAD.

Confirma que has incluido copias (no enviar originales) de todos los documentos requeridos en relación con esta solicitud, tal como figuran en la Lista de Verificación de la Solicitud.

Todos los adultos deben revisar el contenido de esta solicitud para comprobar que esté correcto, completo, con firma y fecha:

Jefe de familia

Fecha

Otro Miembro del Hogar Adulto

Fecha

Otro Miembro del Hogar Adulto

Fecha

Otro Miembro del Hogar Adulto

Fecha

Otro Miembro del Hogar Adulto

Fecha

VII. LISTADO DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

- ✓ Identificación con foto o licencia de manejo de Arizona válida para todos los miembros adultos del hogar (18 años o más).
- ✓ Certificado de nacimiento o documentos del gobierno emitidos por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar la residencia legal de todos los miembros de la familia que residen actualmente en el hogar.
- ✓ Tarjetas de Seguridad Social para todos los miembros de la casa.
- ✓ Ingresos actuales del hogar, para todos los miembros adultos del hogar (Comprobantes de pago consecutivos actuales de los últimos 30 días desde la fecha de presentación de la solicitud, o Declaración(es) de Prestaciones de Desempleo, Prestaciones del Seguro Social, Jubilación, Manutención de Niños, Pensión Alimenticia u Otro).
- ✓ Completar y firmar el "Formulario de consentimiento de información" que permite a la PCHA reunir y utilizar la información pertinente, según lo dispuesto en el formulario de consentimiento, a fin de determinar la elegibilidad y la prestación de apoyo.
- ✓ Duplicación del Acuerdo de beneficios firmado por todos los miembros del hogar.

DOCUMENTOS ADICIONALES: Pueden requerirse documentos adicionales para fines de verificación. Esta lista no es exhaustiva.

- Auto certificación de la pérdida de ingresos por empleo debido al COVID-19.
- Auto certificación de la pérdida de ingresos por autoempleo debido al COVID-19.
- Para los hogares con un total de bienes combinados superior a 5,000 dólares, proporciona todas las páginas de los extractos bancarios más recientes de todas las cuentas de activos (por ejemplo, todas las cuentas corrientes, de ahorro, del mercado monetario, CDs, cuentas 401K, de jubilación y de seguros de vida, etc.).
- Estado(s) de cuenta de hipoteca más reciente(s) de la Compañía/Agente de Hipotecas que debe incluir el nombre del prestatario, la dirección de la propiedad y el número(s) de cuenta principal(es).
- Contrato de alquiler actual, que debe incluir el nombre del inquilino, la dirección de la propiedad y el nombre del propietario o de la empresa gestora, según corresponda.
- Declaración de HOA de los dos meses actuales y pasados para verificar cualquier atraso que debe incluir su nombre, dirección de la propiedad y número de cuenta.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

CONSENTIMIENTO:

Autorizo al Departamento de Vivienda del Condado de Pinal (PCHD) la entrega de información necesaria para completar y verificar mi participación en sus Programas de Asistencia de Vivienda. Entiendo que la información obtenida con su uso puede ser compartida con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) para administrar y hacer cumplir las reglas y políticas del Programa.

INFORMACIÓN UTILIZADA:

Entiendo que puede ser necesaria información previa o actual sobre mí o mi hogar. Las verificaciones que pueden ser solicitadas incluyen, pero no se limitan a:

Identidad y estado civil	Empleo	Ingreso
Viviendas y actividad de alquiler	Bienes	Seguros médicos
Actividad crediticia	Actividad criminal	Pensiones alimenticias para hijos

Entiendo que esta Autorización no puede ser utilizada para obtener ninguna información sobre mí que no sea pertinente para mi elegibilidad y participación continua en un programa de apoyo para la vivienda.

Los grupos o individuos a los que se les puede pedir que divulguen la información proporcionada (dependiendo de los requisitos del Programa) incluyen, pero no se limitan a:

Otros organismos públicos de vivienda Sistemas de Jubilación	Empleadores pasados y presentes Agencias de Desempleo	Agencias de Bienestar Tribunales y oficinas de correos	Instituciones financieras Empresas de servicios públicos
Administración de Veteranos Administración de la Seguridad Social	Escuelas y Colegios Proveedores de apoyo y pensión alimenticia	Proveedores médicos Proveedores de cuidado de niños	Oficinas de crédito Proveedores de crédito

NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO COINCIDENTE CON LA COMPUTADORA:

Entiendo que la PCHD y/o el HUD pueden llevar a cabo la comparación por medio de la computadora para verificar la información facilitada para mi solicitud y/o recertificación. Comprendo que tengo el derecho a ser notificado de cualquier información adversa encontrada y a la posibilidad de refutar la información verificada durante la comparación por medio de la computadora. La PCHD o el HUD pueden, en curso de sus deberes, intercambiar dicha información automatizada con otras agencias federales, estatales o locales, incluyendo, pero no limitándose a, las Agencias Estatales de Seguridad de Empleo, el Departamento de Defensa; la Oficina de Administración de Personal; el Servicio Postal de los Estados Unidos; la Administración de Seguridad Social; y las agencias estatales de bienestar y de cupones de comida.

CONDICIONES:

Entiendo y acepto que las fotocopias de esta Autorización pueden ser usadas para los propósitos arriba mencionados. El original es retenido por la PHA y permanecerá en vigor durante 15 meses a partir de la fecha de la firma. Comprendo que todos los miembros adultos del hogar deben firmar este formulario. Comprendo que tengo derecho a revisar mi expediente y corregir cualquier información requerida.

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

NOMBRE DE LA ESPOSA

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA FECHA

FIRMA DE LA ESPOSA FECHA

NOMBRE OTRO FECHA

FIRMA OTRO FECHA

NOMBRE OTRO FECHA

FIRMA OTRO FECHA



DUPLICACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Se produce una duplicación de beneficios cuando una persona, hogar, empresa, gobierno u otra entidad recibe asistencia financiera de múltiples fuentes para el mismo fin, y la asistencia total recibida para ese fin es superior a la necesidad total de asistencia.

Esta certificación debe ser completada por cualquier subreceptor, individuo o familia, negocio, beneficiario directo u otra entidad que reciba asistencia y que sirva para documentar el cumplimiento del requisito de la Ley CARES de asegurar que existan procedimientos adecuados para prevenir cualquier duplicación de beneficios como lo requiere la sección 312 de la Ley Stafford, enmendada por la sección 1210 de la Ley de Reforma de Recuperación de Desastres de 2018 (división D de la Ley Pública 115-254; 42 U.S.C. 5121 y siguientes) y todas las notificaciones aplicables del Registro Federal, incluyendo la FR-6218-N-01.

I, _____,
Nombre/Título

Por la presente certifico que no he recibido ningún apoyo financiero de ninguna otra agencia con relación a la Asistencia para la Prevención del Desalojo y la Ejecución Hipotecaria debido al Covid-19 para o en nombre de

(Nombre del beneficiario del apoyo)

Firma

Nombre

Título

Fecha