



City of La Habra

**COMMUNITY DEVELOPMENT**

---

*"A Caring Community"*

110 E. La Habra Boulevard  
Post Office Box 337  
La Habra, CA 90633-0785  
Office: (562) 383-4100  
Fax: (562) 383-4476

21 de diciembre de 2020

El Ayuntamiento está cerrando temporalmente las puertas debido a las recientemente anunciadas restricciones covid-19 por el estado de California. Una fecha de reapertura comenzará al público general cuando se considere seguro volver a abrir nuestras puertas. Durante este tiempo, no aceptaremos solicitudes del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia (ERAP, por sus siglas en inglés) en persona. Continuaremos aceptando solicitudes completas (consulte la lista de verificación en la página 1 de la solicitud) por correo ordinario o por correo electrónico en [slouie@lahabraca.gov](mailto:slouie@lahabraca.gov). Si se envía por correo electrónico, solo aceptaremos copias en PDF. NO se aceptarán fotografías de documentos.

**LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERAN CONSIDERADAS PARA ASISTENCIA. UNA SOLICITUD COMPLETA TENDRÁ TODA LA DOCUMENTACIÓN DE APOYO ADJUNTA EN EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN.**



**Ciudad de La Habra**  
**Solicitud del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia**



Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Las solicitudes deben enviarse por correo o entregarse personalmente a la siguiente dirección. Las solicitudes entregadas en mano se pueden enviar de lunes a jueves de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. En un sobre sellado a:

City of La Habra Community Development Department  
Attn: Emergency Rental Assistance Program  
110 East La Habra Boulevard  
La Habra, CA 90631

La Ciudad de La Habra no es responsable por el correo perdido, dañado o retrasado. La Ciudad recomienda que todas las solicitudes se entreguen personalmente para garantizar que la Ciudad de La Habra las reciba.

La Ciudad realizará una lotería para ordenar al azar todas las solicitudes y seleccionar preliminarmente a las personas y familias que son admisibles para el programa. Las solicitudes incompletas no se tomarán en consideración.

El nombre del solicitante debe ser coherente en toda la solicitud. Esta lista de verificación se proporciona para ayudarlo a asegurarse de que el envío de su solicitud esté completo. Por favor, proporcione la siguiente información:

**ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN SE DEBE ENVIAR COMO PARTE DE LA SOLICITUD**

**El paquete de solicitud debe incluir los siguientes formularios completos y anexos:**

- Formulario de solicitud de la ciudad de La Habra
- Documentación de ingresos bajos o moderados (Anexo A)
- Información para informes gubernamentales (Anexo B)

**La documentación de respaldo requerida incluye:**

- Copia del contrato de arrendamiento actual (Si la persona impactada económicamente por COVID-19 no está incluido en el contrato de arrendamiento, el solicitante debe proporcionar documentación adecuada que demuestre que la persona ha sido residente en la propiedad desde el 1 de marzo de 2020)
- Copia de la tarjeta de identificación estatal o la licencia de conducir para todas las personas mayores de 18 años incluyendo la documentación de todos los estudiantes de tiempo completo mayores de 18 años (como el comprobante de inscripción del registrador)





- Copia del certificado de nacimiento de todos los miembros del hogar menores de 18 años
- Declaración federal de impuestos sobre la renta más reciente (formulario 1040 o formulario 1040EZ) para todos los miembros de la familia mayores de 18 años
- Extractos bancarios del mes actual para todos los miembros de la familia mayores de 18 años, **incluye todas las páginas del extracto bancario**
- Documentación del impacto de la pandemia COVID-19 en el hogar durante el período de la pandemia admisible (1 de marzo de 2020 hasta el presente), como:
  - Copia de la notificación de miembro (s) de la familia de la pérdida / despido del empleo del empleador durante el período de pandemia admisible
  - Copia de la notificación de los miembros de la familia sobre la licencia del empleador durante el período de pandemia admisible
  - Copia de la notificación de miembro (s) de la familia o declaración firmada por el empleador que confirme la reducción de horas y / o el pago durante el período de pandemia admisible
  - Copia de la solicitud de miembro (s) de la familia durante el período de pandemia admisible y / o aprobación para los beneficios del seguro de desempleo
  - Una declaración jurada firmada ante notario que incluya el nombre del miembro de la familia 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 admisible (1 de marzo de 2020 hasta el presente)
  - Otra documentación apropiada aceptable para la Ciudad
- Si solicita asistencia para atrasos, documentación del propietario, como un aviso de 30 días para dejar de desocupar, que muestre el saldo total adeudado y los meses que se solicita asistencia para atrasos. Si se solicita asistencia para los atrasos en octubre, los inquilinos deberán proporcionar información complementaria según lo requiera la Ciudad.

*(no se deben enviar documentos originales ya que la Ciudad mantendrá copias de todos los documentos)*

**La asistencia de alquiler mensual se proporciona por un periodo de hasta 3 meses consecutivos a través de un pago a un propietario, agente de administración de propiedad o compañía de buena fe en nombre del solicitante.**

**Las solicitudes incompletas no serán consideradas para asistencia.  
Completar esta solicitud no le garantiza asistencia de alquiler por parte de la Ciudad de La Habra.**

Si tiene preguntas mientras prepara la solicitud, puede comunicarse con Susan Louie ( [slouie@lahabracal.gov](mailto:slouie@lahabracal.gov) ) o por teléfono al (562) 383-4108.





SOLICITANTE									
NOMBRE							EDAD		
Apellido				Nombre		Segundo Nombre			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL				CALLE					
				Ciudad/Estado				CÓDIGO POSTAL	
Tipo de hogar		<input type="checkbox"/> APARTAMENTO / CASA EN LA CIUDAD			<input type="checkbox"/> CASA MÓVIL		<input type="checkbox"/> RESIDENCIA DE UNA SOLA FAMILIA		<input type="checkbox"/> OTROS
TELÉFONO DE CASA		( )			TELÉFONO DEL TRABAJO		( )		
TELÉFONO CELULAR		( )			CORREO ELECTRÓNICO				
DIRECCIÓN ANTERIOR				CALLE					
(SI TIENE MENOS DE 3 AÑOS EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR)				CIUDAD/ESTADO				CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL								FECHA DE NACIMIENTO	
NÚMERO DEL CARNET DE CONDUCIR								ESTADO	
ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> SOLTERO			<input type="checkbox"/> CASADO		<input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> VIUDO(A)
CO-SOLICITANTE									
NOMBRE							EDAD		
APELLIDO				NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL				CALLE					
				CIUDAD/ESTADO				ZIP	
TIPO DE HOGAR		<input type="checkbox"/> APARTAMENTO / CASA EN LA CIUDAD			<input type="checkbox"/> CASA MÓVIL		<input type="checkbox"/> RESIDENCIA DE UNA SOLA FAMILIA		<input type="checkbox"/> OTROS
TELÉFONO DE CASA		( )			TELÉFONO DEL TRABAJO		( )		
TELÉFONO CELULAR		( )			CORREO ELECTRÓNICO				
DIRECCIÓN ANTERIOR				CALLE					
(SI TIENE MENOS DE 3 AÑOS EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR)				CIUDAD /ESTADO				ZIP	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL								FECHA DE NACIMIENTO	
NÚMERO DEL CARNET DE CONDUCIR								ESTADO	
ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> SOLTERO			<input type="checkbox"/> CASADO		<input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> VIUDO(A)





**MESES SOLICITADOS PARA ASISTENCIA DE ALQUILER (Máximo de 3 meses consecutivos)**

*Los inquilinos son responsables de todo el alquiler hasta que se celebre el acuerdo con la Ciudad de La Habra por meses de asistencia mutuamente determinado. La Ciudad solo proporcionara asistencia durante dos meses para los atrasos en el alquiler.*

Alquiler del mes anterior solicitado (Atrasos) (3/2020 – 10/2020)	_____ (Mes) _____ (\$) _____ (Mes) _____ (\$)
Alquiler actual / futuro solicitado (11/2020 – 1/2021)	_____ (Mes) _____ (\$) _____ (Mes) _____ (\$) _____ (Mes) _____ (\$)

Indique el jefe de su hogar y todos los miembros, incluidos los menores de 18 años, que viven en su hogar en el momento de la solicitud, incluidos el solicitante y el co-solicitante. Proporcione la relación de cada miembro con la cabeza.

Miembros del hogar	Nombre completo	Relación	Edad
Solicitante		Usted mismo	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

DATOS DE EMPLEO: SOLICITANTE					
NOMBRE DEL EMPLEADOR				INGRESOS BRUTOS MENSUALES	\$
DIRECCIÓN	CUIDAD/ESTADO				CÓDIGO POSTAL
FECHAS EN QUE TRABAJÓ DE ___/___ A ___/___ MES / AÑO MES / AÑO	OCUPACIÓN		TELÉFONO DEL EMPLEADOR	( )	
(SI ESTÁ CON EL EMPLEADOR ACTUAL HACE MENOS DE 2 AÑOS)					
EMPLEADO ANTERIOR				INGRESOS BRUTOS MENSUALES	\$
DIRECCIÓN	CUIDAD/ESTADO				CÓDIGO POSTAL
FECHAS EN QUE TRABAJÓ DE ___/___ A ___/___ MES / AÑO MES / AÑO	OCCUPATION		TELÉFONO DEL EMPLEADOR	( )	
DATOS DE EMPLEO — CO-SOLICITANTE					
NOMBRE DEL				INGRESOS BRUTOS	\$





EMPLEADOR				MENSUALES			
DIRECCIÓN		CUIDAD/ESTADO				CÓDIGO POSTAL	
FECHAS EN QUE TRABAJÓ DE ___/___ A ___/___ MES / AÑO      MES / AÑO		OCUPACIÓN		TELÉFONO DEL EMPLEADOR		(   )	
(SI ESTÁ CON EL EMPLEADOR ACTUAL HACE MENOS DE 2 AÑOS)							
EMPLEADO ANTERIOR				INGRESOS BRUTOS MENSUALES		\$	
DIRECCIÓN		CUIDAD/ESTADO				CÓDIGO POSTAL	
FECHAS EN QUE TRABAJÓ DE ___/___ A ___/___ MES / AÑO      MES / AÑO		OCCUPATION		TELÉFONO DEL EMPLEADOR		(   )	

---





## CERTIFICACIONES

### IMPORTANTE: LEA ANTES DE FIRMAR

Certificación de duplicación de beneficios: Certifico / certificamos bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de California, que yo / nosotros no podemos recibir, y no hemos recibido, otros beneficios federales o no federales o asistencia para asistencia de alquiler durante el período de asistencia de alquiler que se proporcionará a través del programa de asistencia de alquiler de emergencia. El solicitante certifica además que yo / nosotros no buscaremos otros beneficios federales o no federales para los mismos usos de este programa de subvenciones para los costos de alquiler durante el período de asistencia de alquiler proporcionado a través del programa de asistencia de alquiler de emergencia.

Declaro / declaramos bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de California, que toda la información proporcionada en cualquier declaración, documento o solicitud realizada por mí / nosotros en relación con mi / nuestra solicitud para el Programa de asistencia de alquiler de emergencia es verdadero y correcto a mi / nuestro leal saber y entender, información y creencias.

Reconozco / reconocemos que una declaración errónea u omisión importante hecha por mí / nosotros en cualquier declaración, documento o solicitud por mí / nosotros en relación con mi / nuestra solicitud para el Programa de asistencia de alquiler de emergencia será motivo (a discreción de la Ciudad) para la revocación inmediata por parte de la Ciudad de la asistencia brindada a mí / a nosotros en conjunto con el Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia y resultará en la demanda inmediata de pago de todos los montos desembolsados por la Ciudad para el alquiler en mi / nuestro nombre.

Además, por la presente reconozco y entendemos que cualquier pretensión falsa, incluida cualquier declaración o representación falsa; o el uso fraudulento de cualquier instrumento, instalación, artículo u otro artículo o servicio valioso de conformidad con mi / nuestra participación en cualquier programa administrado por la Ciudad, puede estar sujeto a enjuiciamiento civil y penal y a la descalificación inmediata del Programa de Asistencia de alquiler de emergencia de la Ciudad.

**ADVERTENCIA:** La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. Establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser cancelada por hacer una declaración falsa o fraudulenta a sabiendas y voluntariamente. a un departamento del gobierno de los Estados Unidos.

**Certifico / certificamos que he / hemos leído y entendido las disposiciones de este documento y que deseo / deseamos continuar con la solicitud para el Programa de asistencia de alquiler de emergencia de la ciudad.**

Firma del solicitante:	Fecha:	Firma del co-solicitante:	Fecha:
------------------------	--------	---------------------------	--------

Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:	Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:
Nombre (en letra de imprenta):		Nombre (en letra de imprenta):	

Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:	Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:
Nombre (en letra de imprenta):		Nombre (en letra de imprenta):	

**Las solicitudes incompletas no se tramitarán.**





## CERTIFICACIONES

El Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler se implementará de acuerdo con el compromiso de la Ciudad con las leyes estatales y federales de igualdad de oportunidades. Ninguna persona podrá ser excluida de participar en ningún programa o actividad financiada total o parcialmente con fondos del programa CDBG-CV, negársele el beneficio o ser objeto de discriminación en virtud de su discapacidad, estado familiar, origen nacional, raza, color, religión, sexo, estado civil, condición médica, ascendencia, fuente de ingresos, edad, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, información genética u otra discriminación arbitraria.

La Ciudad de La Habra hará todo lo posible para proporcionar adaptaciones y / o modificaciones razonables, o brindar asistencia con el idioma a las personas que soliciten dicha asistencia para beneficiarse de los servicios proporcionados por el Programa de Asistencia para Alquiler de Emergencia.

Yo / Nosotros hemos leído y entendido la Declaración contra la discriminación escrita anteriormente.

Firma del solicitante:	Fecha:	Firma del co-solicitante:	Fecha:
------------------------	--------	---------------------------	--------

Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:	Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:
Nombre (en letra de imprenta):		Nombre (en letra de imprenta):	

Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:	Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:
Nombre (en letra de imprenta):		Nombre (en letra de imprenta):	







## ANEXO A: CERTIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS

Para las familias de ingresos bajos y moderados que demuestren un impacto de COVID-19, como pérdida de empleo, despido, licencia, horas reducidas, o salario reducido, hay subvenciones disponibles hasta un máximo de \$9,000 por familia para pagar hasta tres (3) meses consecutivos de alquiler (incluidos dos meses de atraso en el alquiler). Los ingresos anuales actuales de los solicitantes no deben exceder el límite de ingresos bajos y moderados, ajustado por el tamaño de la familia.

**Ingreso anual familiar actual: \$ \_\_\_\_\_**

**Encierre en un círculo el tamaño de su familia:**

Personas en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
máx. Ingresos familiares	\$ 71.150	82 000	\$ 92,250	\$ 102,450	\$ 110.650	\$ 118,850	\$ 127,050	\$ 135,250

*\* 80% del ingreso medio del área para Santa Ana / Anaheim / Irvine MSA (efectivo a partir del 1 de julio de 2020)*

Yo / Nosotros certificamos que el tamaño de la familia y el ingreso familiar anual enumerados anteriormente son precisos. Yo / Nosotros hemos completado la hoja de trabajo de Documentación de ingresos y he proporcionado copias de toda la documentación de respaldo requerida.

Firma del solicitante:	Fecha:	Firma del co-solicitante:	Fecha:
------------------------	--------	---------------------------	--------

Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:	Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:
Nombre (en letra de imprenta):		Nombre (en letra de imprenta):	

Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:	Otro miembro de la familia mayor de 18 años Firma:	Fecha:
Nombre (en letra de imprenta):		Nombre (en letra de imprenta):	

**ADVERTENCIA:** La información provista en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. Establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por hacer una declaración falsa o fraudulenta a sabiendas y voluntariamente a un departamento del gobierno de los Estados Unidos.





## ACREDITACIÓN DE RENTA

**INSTRUCCIONES:** Esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el “Ingreso anual (bruto)”, el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar (según corresponda en función de la actividad) y las características relevantes de cada miembro para el propósito de determinar ingresos.

1. Enumere todos los miembros de la familia y la dirección a continuación
2. Complete la hoja de trabajo de ingresos mensuales que resume el ingreso bruto mensual de todos los miembros de la familia mayores de 18 años
3. Proporcione copias de toda la documentación de respaldo necesaria.
4. Todos los miembros beneficiarios adultos deben firmar el formulario de certificación

La Ciudad requiere que se presente la documentación de respaldo como adjunto a esta certificación. Se proporciona un resumen de las recomendaciones de documentación en la Tabla 1.

### **DEFINICIÓN DE INGRESOS**

Para este programa, la Ciudad está utilizando la definición de ingresos de la Parte 5. Los ingresos excluidos de esta definición se resumen en la Tabla 2.

### **Información del beneficiario**

**Apellidos:**

### **Información de Miembros**

Nombre	Apellidos	S.S	CH	DIS	62+	S> 18	< 18

**S.S** = Jefe de hogar; **CH** = Co-jefe de hogar; **DIS** = Persona con discapacidad; **62+** = Persona de 62 años de edad o mayor; **S≥18** = Estudiante de tiempo completo de 18 años o más; **<18** = Niño menor de 18 años





**Hoja de trabajo 1: Ingresos MENSUALES actuales**

Principal fuente de ingresos	SOLICITANTE	JEFE / CO-JEFE DE HOGAR	OTROS MIEMBROS DEL HOGAR DE 18 AÑOS O MÁS	TOTAL
Salarios, pago de horas extras, salario, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos. Informe la cantidad antes de las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otros elementos.	\$	\$	\$	\$
Los ingresos netos de la operación de un negocio o profesión. Los gastos para la expansión comercial o la amortización del endeudamiento de capital no se utilizarán como deducciones. Informe todos los ingresos y retiros (excepto cuando la familia reembolsa efectivo o activos invertidos en la operación). Se puede deducir una deducción por depreciación de los activos utilizados en una empresa o profesión, con base en la depreciación en línea recta según lo dispuesto en las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos.	\$	\$	\$	\$
Intereses, dividendos, ingresos netos por alquiler, ingresos por regalías, o ingresos de propiedades y fideicomisos. Informe incluso pequeñas cantidades acreditadas a una cuenta. Cualquier retiro de efectivo o activos de una inversión se incluirá en los ingresos, excepto en la medida en que el retiro sea el reembolso de efectivo o activos invertidos por la familia. Si la familia tiene activos familiares netos superiores a \$ 5,000, el ingreso será igual al mayor del ingreso real derivado de todos los activos familiares netos o la tasa de ahorro actual de la libreta (según lo determinado por HUD) de 0.06% multiplicado por el valor de tales bienes.	\$	\$	\$	\$
Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad, beneficios por muerte u otros tipos de recibos periódicos similares. Informe el monto total recibido.	\$	\$	\$	\$





Pagos en lugar de ganancias tales como desempleo, discapacidad, indemnización laboral y de indemnización. Informe el monto total recibido.	\$	\$	\$	\$
Cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social de la oficina de asistencia social estatal o local. Informe el monto total recibido.	\$	\$	\$	\$
Prestaciones periódicas y determinables, como pagos de pensiones alimenticias y de manutención de los hijos y contribuciones o regalos periódicos recibidos de organizaciones o personas que no residen en la vivienda. Informe el monto total recibido.	\$	\$	\$	\$
Todo pago regular, pago especial y subsidio de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto el pago especial para un miembro de la familia que está expuesto al fuego hostil. Informe el monto total recibido.	\$	\$	\$	\$
<b>Total actual de ingresos familiares mensuales brutos</b>			<b>A</b>	<b>\$</b>
<b>Multiplicado por 12 meses en un año</b>			<b>B</b>	<b>x 12</b>
<b>A por B es igual a INGRESO TOTAL ANUAL</b>			<b>C</b>	<b>\$</b>





## ACREDITACIÓN DE RENTA

Proporcione los elementos solicitados a continuación, si corresponde a su familia para todos los miembros de la familia mayores de 18 años.

Todos los documentos presentados deben ser copias y no serán devueltos. **NO enviar originales**

Tabla 1: Requisitos de documentación de ingresos

Si usted o un miembro de su familia tiene ingresos de alguna de las siguientes fuentes:	Debe enviar los siguientes documentos:	Cubriendo los siguientes períodos de tiempo:
Salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos. Informe el monto antes de deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otros artículos	Copias de los últimos 3 recibos de sueldo / declaraciones de ganancias	Los tres (3) períodos de pago más recientes
Los ingresos netos de la operación de un negocio o profesión	Declaración de impuestos federales más reciente presentada completa (todas las páginas); o Estado de pérdidas y ganancias que muestra el importe neto después de los gastos comerciales.	Año fiscal más reciente presentado
Intereses, dividendos, ingresos netos por alquiler, ingresos por regalías o ingresos de herencias y fideicomisos	Estados de cuenta bancarios (todas las paginas)	Los últimos tres (3) meses
Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad, beneficios por muerte u otros tipos de recibos periódicos similares.	Carta de Seguridad Social (si corresponde); o Estados de cuenta bancarios	Carta de adjudicación del año actual o los últimos tres (3) meses
Pagos en lugar de ganancias tales como desempleo, discapacidad, indemnización laboral y de indemnización.	Carta de adjudicación del año actual o extractos bancarios	Los últimos tres (3) meses
Cualquier asistencia pública o pagos de bienestar de la oficina de bienestar estatal o local.	Carta de Adjudicación; Declaración de la fuente de asistencia	Carta de adjudicación del año actual o declaración de beneficios actuales de la fuente de asistencia
Prestaciones periódicas y determinables, como pagos de pensiones alimenticias y de manutención de los hijos y contribuciones o regalos periódicos recibidos de organizaciones o personas que no residen en la vivienda.	Talones de cheques; o extractos bancarios (todas las paginas)	Los últimos tres (3) meses



Todo pago regular, pago especial y subsidio de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto el pago especial para un miembro de la familia que está expuesto al fuego hostil.	Talones de cheques; o extractos bancarios (todas las paginas)	Los últimos tres (3) meses
---	---	----------------------------





**Tabla 2: Fuentes de ingresos excluidos**

Ingresos por empleo de niños (incluidos los niños de crianza) menores de 18 años.
Pagos recibidos por el cuidado de niños de crianza o adultos de crianza (generalmente personas con discapacidades, no relacionadas con la familia del inquilino, que no pueden vivir solas).
Adiciones de suma global a los activos familiares, como herencias, pagos de seguros (incluidos pagos bajo seguro de salud y accidentes y compensación de trabajadores), ganancias de capital y liquidación por pérdidas personales o de propiedad (excepto según lo dispuesto en el número 5 de Inclusiones de ingresos).
Cantidades recibidas por la familia que son específicamente para, o en reembolso de, el costo de los gastos médicos para cualquier miembro de la familia.
Ingresos de un asistente de vivienda (como se define en 24 CFR 5.403).
La cantidad total de asistencia financiera para estudiantes pagada directamente al estudiante o a la institución educativa (Sujeto a 24 CFR 5.609 (b) [consulte la Pestaña de Inclusiones de Ingresos - No. 9]).
El pago especial a un miembro de la familia que sirve en las Fuerzas Armadas que está expuesto al fuego hostil.
Cantidades recibidas en programas de capacitación financiados por HUD.
Cantidades recibidas por una persona con una discapacidad que no se tienen en cuenta por un tiempo limitado a los fines de la elegibilidad y los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario porque se establecen a un lado para su uso en virtud de un Plan para alcanzar la autosuficiencia (PASS).
Montos recibidos por un participante en otros programas con asistencia pública que son específicamente para, o en reembolso de, gastos de bolsillo incurridos (equipo especial, ropa, transporte, cuidado de niños, etc.) y que se hacen únicamente para permitir la participación en un programa específico
Montos recibidos bajo un estipendio de servicio para residentes. Un estipendio de servicio para residentes es una cantidad modesta (que no exceda los \$ 200 por mes) recibida por un residente por realizar un servicio para la PHA o el propietario, a tiempo parcial, que mejora la calidad de vida en el desarrollo. Dichos servicios pueden incluir, entre otros, patrulla de bomberos, monitoreo de salas, mantenimiento del césped, coordinación de iniciativas para residentes y servir como miembro de la junta directiva de la PHA. Ningún residente puede recibir más de un estipendio durante el mismo período de tiempo.
Ganancias y beneficios incrementales que resultan para cualquier miembro de la familia de participar en programas de capacitación laboral estatales o locales que califiquen (incluida la capacitación no afiliada a un gobierno local) y la capacitación de un miembro de la familia como personal de administración residente. Los montos excluidos por esta disposición deben recibirse en programas de capacitación laboral con metas y objetivos claramente definidos, y se excluyen solo durante el período durante el cual el miembro de la familia participa en el programa de capacitación laboral.
Ingresos temporales, no recurrentes o esporádicos (incluidos obsequios).
Pagos de reparación pagados por un gobierno extranjero de conformidad con reclamos presentados bajo las leyes de ese gobierno por personas que fueron perseguidas durante la era nazi.
Ganancias superiores a \$ 480 por cada estudiante de tiempo completo de 18 años o más (excluido el jefe de familia o el cónyuge).
Pagos de asistencia para adopción que excedan los \$ 480 por niño adoptado.
Montos periódicos diferidos de los ingresos de seguridad suplementarios y beneficios de seguridad social que se reciben en una suma global o en posibles montos mensuales.
Montos recibidos por la familia en forma de reembolsos o reembolsos bajo la ley estatal o local por impuestos a la propiedad pagados en la unidad de vivienda.
Cantidades pagadas por una agencia estatal a una familia con un miembro que tiene una discapacidad del





desarrollo y que vive en su casa para compensar el costo de los servicios y equipos necesarios para mantener en casa al miembro de la familia con discapacidad del desarrollo.

Cantidades específicamente excluidas por cualquier otro estatuto federal de la consideración como ingreso para propósitos de determinar elegibilidad o beneficios bajo una categoría de programas de asistencia que incluye asistencia bajo cualquier programa para el cual se aplican las exclusiones establecidas en 24 CFR 5.609 (c). Se publicará un aviso en el REGISTRO FEDERAL y se distribuirá a las PHA y los propietarios de viviendas que identifiquen los beneficios que califican para esta exclusión. La siguiente es una lista de fuentes de ingresos que califican para esa exclusión:

El valor de la asignación proporcionada a un hogar admisible bajo la Ley de Cupones para Alimentos de 1977 (7 USC 2017 [b])

Pagos a Voluntarios bajo la Ley de Servicios Voluntarios Domésticos de 1973 (42 USC 5044 (g), 5058) (por ejemplo, empleo a través de AmeriCorps, Voluntarios en Servicio a América [VISTA], Programa de Voluntarios Mayores Jubilados, Programa de Abuelos Foster, alternativas de encarcelamiento de delincuentes juveniles , compañeros mayores)

Ciertos pagos recibidos en virtud de la Ley de liquidación de reclamos de nativos de Alaska (43 USC 1626 [c])

Ingresos derivados de ciertas tierras submarginales de los Estados Unidos que se mantienen en fideicomiso para ciertas tribus indias (25 USC 459e)

Pagos o asignaciones hechas bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (42 USC 8624 [f])

Ingresos derivados de la disposición de fondos a Grand River Band of Ottawa Indians (Pub. L. 94-540, sección 6)

Los primeros \$ 2,000 de acciones per cápita recibidas de fondos judiciales otorgados por la National Indian Gaming Commission o el Tribunal de Reclamaciones de los Estados Unidos, los intereses de indios individuales en fideicomisos o tierras restringidas, y los primeros \$ 2,000 por año de ingresos recibidos por indios individuales de fondos derivados de intereses en dicho fideicomiso o tierras restringidas (25 USC 1407-1408). Esta exclusión no incluye el producto de las operaciones de juego reguladas por la Comisión

Cantidades de becas financiadas bajo el título IV de la Ley de Educación Superior de 1965 (20 USC 1407-1408), incluidos los premios de los programas federales de trabajo y estudio o de los programas de asistencia estudiantil de la Oficina de Asuntos Indígenas (20 USC 1087uu). Solo para los programas de la sección 8 (42 USC 1437f), cualquier asistencia financiera que exceda los montos recibidos por un individuo para la matrícula y cualquier otra tarifa y cargo requerido bajo la Ley de Educación Superior de 1965 (20 USC 1001 et seq.), De fuentes privadas , o una institución de educación superior (como se define en la Ley de Educación Superior de 1965 (20 USC 1002)), no se considerarán ingresos para esa persona si la persona es mayor de 23 años con hijos dependientes (Pub. L. 109-11, sección 327) (según enmendada)

Pagos recibidos de programas financiados bajo el Título V de la Ley de Americanos Mayores de 1985 (42U.SC 3056g)) (por ejemplo, Green Thumb, Senior Aides, Older American Community Service Employment Program)

Pagos recibidos a partir del 1 de enero de 1989 del Fondo de Liquidación del Agente Naranja o de cualquier otro fondo establecido de conformidad con el acuerdo en Litigios de Responsabilidad del Agente Naranja, MDL No. 381 (EDNY)

Pagos recibidos bajo la Ley de Liquidación de Reclamos de Indios de Maine de 1980 (Pub. 96-420, 25 USC 1728)

El valor de cualquier cuidado de niños provisto o arreglado (o cualquier cantidad recibida como pago por tal cuidado o reembolso por los costos incurridos por tal cuidado) bajo la Ley de Subsidio en Bloque de Cuidado y Desarrollo Infantil de 1990 (42 USC 9858q)

Pagos de reembolso del crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC) recibidos a partir del 1 de enero de 1991 para programas administrados bajo la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937, título V de la Ley de Vivienda de 1949, sección 101 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Urbano de 1965 y las secciones 221 (d)





(3), 235 y 236 de la Ley Nacional de Vivienda (26 USC 32 [I])
Pagos de la Comisión de Reclamaciones Indias a las Tribus y Bandas Confederadas de la Nación India Yakima o la Reserva de la Tribu Apache de Mescalero (Pub. L. 95-433)
Asignaciones, ganancias y pagos a los participantes de AmeriCorps bajo la Ley de Servicio Nacional y Comunitario de 1990 (42 USC 12637 [d])
Cualquier asignación pagada bajo las disposiciones de 38 USC 1833 (c) a hijos de veteranos de Vietnam nacidos con espina bífida (38 USC 1802-05) hijos de mujeres veteranas de Vietnam nacidas con ciertos defectos de nacimiento (38 USC 1821), e hijos de ciertos coreanos veteranos de servicio nacidos con espina bífida (38 USC 1821)
Cualquier cantidad de compensación para víctimas de delitos (según la Ley de víctimas de delitos) recibida a través de la asistencia a víctimas de delitos (o pago o reembolso del costo de dicha asistencia) según lo determinado en la Ley de víctimas de delitos debido a la comisión de un delito contra el solicitante en virtud de Ley de Víctimas del Delito (42 USC 10602)
Asignaciones, ganancias y pagos a personas que participan en programas bajo la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral de 1998 (29 USC 2931 (a) (2))
Cualquier cantidad recibida bajo la Ley de Almuerzo Escolar Richard B. Russell (42 USC 1780 (e)) y la Ley de Nutrición Infantil de 1966 (42 USC 1780 (b)), incluyendo almuerzos y alimentos a precio reducido bajo el Programa Especial de Alimentos Suplementarios para Mujeres, infantes y niños (WIC)
Pagos, fondos o distribuciones autorizados, establecidos o dirigidos por la Ley de Liquidación de la Nación Seneca de 1990 (25 USC 1774f (b))
Montos diferidos de los beneficios por discapacidad del Departamento de Asuntos de Veteranos que se reciben en una suma global o en montos mensuales prospectivos (42 USC§ 1437a (b) (4))
Compensación recibida por o en nombre de un veterano por discapacidad relacionada con el servicio, muerte, dependencia o indemnización de indemnización según lo dispuesto por una enmienda de la Ley de Oportunidades de Vivienda para Veteranos Indios de 2010 (Pub. L. 111-269; 25 USC 4103 (9)) a la definición de ingresos aplicable a los programas autorizados bajo la Ley de Asistencia para la Vivienda y Autodeterminación de los Nativos Americanos (NAHASDA) (25 USC 4101 y siguientes) y administrados por la Oficina de Programas para Nativos Americanos
Una suma global o un pago periódico recibido por un indio individual de conformidad con el Acuerdo de conciliación de demanda colectiva en el caso titulado Elouise Cobell et al. v. Ken Salazar et al., 816 F. Supp.2d 10 (5 de octubre de 2011 DDC), por un período de un año desde el momento de la recepción de ese pago según lo dispuesto en la Ley de Resolución de Reclamaciones de 2010 (Pub. L. 111-291)
Cualquier monto en una "cuenta de desarrollo individual" según lo dispuesto por la Ley de Activos para la Independencia, enmendada en 2002 (Pub. L. 107-110, 42 USC 604 (h) (4))
Pagos per cápita provenientes de los ingresos de los Casos de Fideicomisos Tribales Indios según se describe en el Aviso de PIH 2013-30 "Exclusión de Ingresos de Pagos en virtud de Acuerdos Tribales Recientes" (25 USC 117b (a))
Asistencia por emergencias y desastres mayores recibida por individuos y familias bajo la Ley de Asistencia de Emergencia y Alivio de Desastres Robert T. Stafford (Pub. L. 93-288, según enmendada) y asistencia comparable para desastres provista por los Estados, el gobierno local y las organizaciones de asistencia por desastre (42 USC 5155 (d)).

## ANEXO B: INFORMACIÓN PARA INFORMES GUBERNAMENTALES





**(INFORMACIÓN ESTADÍSTICA)**

La siguiente información se mantendrá confidencial y se usará solo para proporcionar datos agregados para el análisis del programa. Completar este formulario es OBLIGATORIO y NO se utilizará para evaluar su solicitud de participación en el Programa de asistencia de alquiler de emergencia.

SOLICITANTE	CO-SOLICITANTE
POR FAVOR MARQUE <b>UNO</b> :	POR FAVOR MARQUE <b>UNO</b> :
<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> BLANCO
<input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO	<input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO
<input type="checkbox"/> ASIÁTICO	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO
<input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS O NATIVO DE ALASKA
<input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO / OTRO ISLADOR DE PAC	<input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO / OTRO ISLADOR DE PAC
<input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA Y BLANCO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA Y BLANCO
<input type="checkbox"/> ASIÁTICO Y BLANCO	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO Y BLANCO
<input type="checkbox"/> NEGRO / AFRICANO AMERICANO Y BLANCO	<input type="checkbox"/> NEGRO / AFRICANO AMERICANO Y BLANCO
<input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS O NATIVO DE ALASKA /NEGRO/AFROAMERICANO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS O NATIVO DE ALASKA / NEGRO/AFROAMERICANO
<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> OTROS
JEFE DE HOGAR HISPANO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	JEFE DE HOGAR HISPANO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE UNA DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

