

Mes de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la urbanización)

## Solicitud de asistencia con el alquiler del Fondo de Alivio por el Coronavirus

Florida Housing Finance Corporation ofrece asistencia con el alquiler a los grupos familiares que han perdido empleos o cuyos ingresos laborales se han reducido debido a la COVID-19. La totalidad de la asistencia con el alquiler se pagará directamente al arrendador. Para cumplir los requisitos correspondientes a cada mes, debe proporcionar información sobre el modo en que sus ingresos familiares se vieron afectados por la COVID-19 ese mes, ya sea debido a la pérdida de un empleo, a la reducción de las horas de trabajo o a su imposibilidad de trabajar debido a problemas de salud relacionados con la COVID-19 (enfermedad, cuidado de otros miembros del grupo familiar que estén enfermos, cuarentena, etc.). También debe haber destinado el 30 % de sus ingresos familiares netos al alquiler. No cumple los requisitos para obtener asistencia si recibe el pago doble de asistencia con el alquiler de parte de una entidad gubernamental o recibirá un reembolso por dichos pagos de alquiler y, por ende, cobraría el beneficio dos veces. Se brindará asistencia con cargos opcionales incluidos en el contrato de arrendamiento, como alquiler de lavadora o secadora y TV por cable, entre otros, de conformidad con los límites de alquiler aplicables a la propiedad para 2020.

Debe proporcionar la información sobre ingresos y la documentación solicitada correspondientes a cada mes que el grupo familiar solicite asistencia en una solicitud por separado. Cuando sus circunstancias cambien, debe presentar la solicitud con la nueva información a partir del mes en que se produzca el cambio.

**Proporcione información sobre todas las personas que vivan en el apartamento, incluidos los niños (adjunte hojas adicionales, en caso de que sea necesario), durante el mes para el cual solicita asistencia con el alquiler:**

Nombre <i>Nombre, inicial del segundo nombre,</i>	Relación con el jefe de familia	Hombre/Mujer	Estado civil	Edad
	Jefe de familia			

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto durante el horario de trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto fuera del horario de trabajo: \_\_\_\_\_

**Indique todas las personas que vivan en el apartamento cuyos ingresos se hayan visto reducidos debido a la COVID-19 (adjunte hojas adicionales, en caso de que sea necesario). Si los ingresos de ningún miembro del grupo familiar se han visto afectados negativamente debido a la COVID-19, el grupo no cumple los requisitos para recibir asistencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Puesto/cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha del cambio en el empleo debido a la COVID-19: \_\_\_\_\_

Tipo de cambio:  Despido temporal  Despido permanente  Reducción de horas  Imposibilidad de trabajar  Otro

Si respondió "Imposibilidad de trabajar" u "Otro", indique el motivo por el cual no trabajó o describa el cambio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Puesto/cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha del cambio en el empleo debido a la COVID-19: \_\_\_\_\_

Tipo de cambio:  Despido temporal  Despido permanente  Reducción de horas  Imposibilidad de trabajar  Otro Si respondió "Imposibilidad de trabajar" u "Otro", indique el motivo por el cual no trabajó o describa el cambio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mes de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_\_  
 (Nombre de la urbanización)

**¿Cuáles fueron sus ingresos durante el mes de solicitud?** (Indique *todas* las fuentes de ingresos de *cada persona que viva en el apartamento*, incluidas (entre otras) sueldos, salarios, bonificaciones, propinas, comisiones, pago de incentivos, diferenciales por turno, ingresos por empleo autónomo, manutención de hijos, pensión alimenticia o manutención conyugal, dinero recibido de familiares y amigos, cuentas que pague una persona ajena al grupo familiar, beneficios por desempleo de Florida, beneficios de Seguro Social, compensación para trabajadores, regalías e ingresos por alquileres).

Nombre	Fuente de ingresos	Tipo de ingresos (trabajo, beneficios, desempleo, donaciones o asistencia)	Monto mensual (Los ingresos netos equivalen a los ingresos brutos, menos el importe de las retenciones del impuesto federal sobre los ingresos y los impuestos en virtud de la FICA [Seguro Social y Medicare])

**¿Ha solicitado a otra entidad asistencia con el alquiler correspondiente a los meses contemplados en esta solicitud, o bien, ha recibido este tipo de asistencia?**

Sí     No

Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información.

Agencia	Fecha de solicitud	Monto de los fondos otorgados	Fecha en que se otorgaron los fondos

Mes de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la urbanización)

**Certifico/certificamos bajo pena de falso testimonio que toda la información y las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas a mi/nuestro leal saber y entender. Doy/damos mi/nuestro consentimiento y autorización para que se divulgue la información necesaria a fin de determinar si cumpla/cumplimos los requisitos. Comprendo/comprendemos que, en caso de que Florida Housing Finance Corporation (Florida Housing), el agente de Florida Housing, la agencia federal otorgante o una agencia de auditoría determinen que he/hemos recibido un beneficio dos veces, es posible que deba/debamos pagar una parte o la totalidad del importe de asistencia proporcionado por Florida Housing o el propietario de la urbanización. Comprendo/comprendemos que proporcionar información falsa o hacer declaraciones fraudulentas puede ser motivo de rechazo de mi/nuestra solicitud. También comprendo/comprendemos que dicha acción puede tener consecuencias penales. Falsificar información con el fin de obtener asistencia constituye un delito menor de primer grado. Toda la información está sujeta a las leyes de documentación pública de Florida.**

**Todos los miembros ADULTOS del grupo familiar deben firmar a continuación:**

_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Firma	Fecha

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA URBANIZACIÓN**

**Alquiler facturado por la unidad:** \_\_\_\_\_ **Alquiler pagado por la unidad:** \_\_\_\_\_

**Ingresos totales calculados:** \_\_\_\_\_ **Porcentaje (alquiler pagado/ingresos totales):** \_\_\_\_\_

**¿Se recomienda para la asistencia?**     Sí     No (Si respondió "No", ¿por qué?)

\_\_\_\_\_

**Monto de asistencia:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la decisión:** \_\_\_\_\_

Mes de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_  
(Nombre de la urbanización)

**(Esta página se dejó en blanco intencionalmente)**

Mes de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la urbanización)

**Miembros del grupo familiar (continuación)**

<b>Nombre</b> <i>Nombre, inicial del segundo nombre,</i>	<b>Relación con el jefe de familia</b>	<b>Hombre/Mujer</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Edad</b>

Mes de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ N.º de unidad: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la urbanización)

Ingresos correspondientes al mes de solicitud (continuación)

Nombre	Fuente de ingresos	Tipo de ingresos (trabajo, beneficios, desempleo, donaciones o asistencia)	Monto mensual (Los ingresos netos equivalen a los ingresos brutos, menos el importe de las retenciones del impuesto federal sobre los ingresos y los impuestos en virtud de la FICA [Seguro Social y Medicare])