

Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia del Condado de Lancaster (ERAP)

Hoja de información de asistencia continua

El Condado de Lancaster actualmente está **aceptando solicitudes de asistencia continua** de participantes previamente elegibles y aprobados en el Programa de Alquiler de Emergencia y Asistencia de Servicios Públicos del Condado de Lancaster. Los residentes del condado que recibieron asistencia anteriormente pueden solicitar de 1 a 3 meses de asistencia de alquiler adicional.

Para solicitar asistencia continua, complete la Certificación adjunta y la Solicitud de asistencia continua. **Por favor, lea las preguntas cuidadosamente.** Los requisitos de documentación se basan en las circunstancias. El formulario de certificación le dirigirá a presentar la documentación que corresponda.

Se solicitará documentación adicional de ingresos en función de si calificó con la documentación de ingresos mensuales o el formulario 1040 del IRS 2020 cuando solicitó originalmente.

PRÓXIMOS PASOS –

- Completar la certificación y solicitud de asistencia continua
- Reúna la documentación necesaria para la revisión de su solicitud.
- Inicie sesión en su cuenta en assistancecheck.com

NOTA: Utilice Enviar documento (Send Document) para iniciar una nueva solicitud para que haya una notificación adecuada para su asistente social.

- Cargar la certificación y solicitud de asistencia continua
- Documentos de apoyo
- Hoja de trabajo financiera (si previamente recibió 12 meses de asistencia o más)

Para obtener más ayuda con la presentación, solicite ayuda a una de las agencias asociadas enumeradas en la última página. Para preguntas generales, comuníquese con la línea de ayuda al (717) 590-3101

**Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia del Condado de Lancaster
Certificación y solicitud de asistencia continua
(1-3 meses adicionales)**

Por favor, lea atentamente y responda a cada pregunta. Las preguntas en blanco requerirán aclaración y retrasarán su solicitud de asistencia.

I. Información del solicitante (jefe de familia)

Nombre completo: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

El mejor número de teléfono para llegar a usted: _____ Teléfono fijo Celular

Correo electrónico: _____

II. Información de arrendamiento / propiedad

a. ¿Su contrato de arrendamiento ha sido renovado/ actualizado desde la solicitud original?

Sí – complete el siguiente No – pase a la siguiente pregunta

- enviar una nueva concesión totalmente ejecutada mediante la carga en assistancecheck.com

b. ¿Ha cambiado su dirección desde la solicitud original?

Sí – complete el siguiente No – pase a la siguiente pregunta

- Enviar concesión totalmente ejecutada mediante la carga en assistancecheck.com
- Complete la información de administración de propietarios / propiedades a continuación

Nueva compañía de administración de propietarios / propiedades _____

Dirección _____

Teléfono # _____

III. Household e información de ingresos:

a. ¿Han cambiado los miembros de su hogar, o algún miembro(s)/Arrendatario(s) ya no reside en el hogar?

Sí – complete tabla debajo No – pasar a la siguiente pregunta

Miembros del hogar	
Nombre	Edad

Otros dependientes	
Nombre	Edad

b. ¿Su hogar presentó previamente la declaración de impuestos 1040 del IRS 2020?

Sí – pase a la siguiente pregunta No – complete tabla a continuación

Complete la tabla a continuación y submit verificación más reciente para cada fuente y miembro adulto del hogar que se enumeran a continuación mediante la carga en assistancecheck.com.

Las formas aceptables de verificación incluyen:

- Paystub(s) más recientes
- Carta de asistencia de UI de Pensilvania sobre pandemias laborales e industriales, carta de notificación de determinación financiera o historial de reclamos recientes
- Extracto bancario más reciente
- Carta del empleador
- Declaración de beneficios para el Seguro Social, jubilación, otros (si no se presentó originalmente)
- Certificación de Ingreso Cero (ver abajo)

Auto / Solicitante		
Fuente de ingresos _____	Frecuencia (semanal, quincenal,etc) _____	Importe bruto (antes de impuestos) _____
Por favor, enumere otros miembros del hogar a continuación - si no es aplicable, consulte aquí <input type="checkbox"/>		
Nombre del miembro del hogar		
Edad _____ <input type="checkbox"/> CoApplicante / Adulto <input type="checkbox"/> Dependiente / Estudiante a Tiempo Completo		
Fuente de ingresos _____	Frecuencia (semanal, quincenal,etc) _____	Importe bruto (antes de impuestos) _____
Nombre del miembro del hogar		
Edad _____ <input type="checkbox"/> CoApplicante / Adulto <input type="checkbox"/> Dependiente / Estudiante a Tiempo Completo		
Fuente de ingresos _____	Frecuencia (semanal, quincenal,etc) _____	Importe bruto (antes de impuestos) _____
Nombre del miembro del hogar		
Edad _____ <input type="checkbox"/> CoApplicante / Adulto <input type="checkbox"/> Dependiente / Estudiante a Tiempo Completo		
Fuente de ingresos _____	Frecuencia (semanal, quincenal,etc) _____	Importe bruto (antes de impuestos) _____

Certificado de ingreso cero – (sicorresponde)

I, _____, certifica que los siguientes miembros adultos del hogar actualmente no tienen **ninguna** fuente de ingresos: _____

Los miembros del hogar mencionados anteriormente no reciben individualmente ingresos de ninguna de las siguientes fuentes:

- un. Salarios del empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonos, honorarios, etc.);
- B. Ingresos de la operación de un negocio;
- c. Ingresos por alquiler de bienes inmuebles o personales
- d. Intereses o dividendos de activos;

- E. Pagos de la seguridad social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por fallecimiento;
- F. Pagos por desempleo o discapacidad;
- G. Pagos de asistencia pública;
- h. Subsidios periódicos como pensión alimenticia, manutención de los hijos o regalos recibidos de personas que no viven en mi hogar;
- i. Ventas de recursos autónomos (Avon, Mary Kay, Tupperware, etc.)
- J. Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente.

IV. Solicitud de alquiler y servicios públicos

- a. Monto mensual de alquiler \$ _____
 - Para los meses siguientes: _____
- b. ¿Estás actualmente atrasado en servicios públicos? (Tenga en cuenta que el programa solo puede igualar los pagos de servicios públicos con los meses por los que ya recibió asistencia de alquiler)

Sí – complete la tabla debajo

No – pase a la siguiente sección

Empresa de servicios públicos	Nombre a cuenta	Cuenta #	Meses adeudados	Importe adeudado

Por favor, envíe a través [de assistancecheck.com](http://de.assistancecheck.com) copias de las facturas de servicios públicos anteriores que le gustaría que el programa revisara. Las facturas deben mostrar claramente la compañía de servicios públicos, el nombre en la cuenta y el número de cuenta. ***Si la factura de servicios públicos está a nombre de su propietario, por favor haga que el propietario notifique a landlord@lchra.com**

V. Certificado COVID

Yo, _____, por la presente certifico que mi hogar sigue careciendo de recursos suficientes para pagar el alquiler y/o los servicios públicos debido a la emergencia del COVID-19. Se necesita asistencia continua para mi hogar y no hay fuentes de financiamiento adicionales disponibles.

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi mejor conocimiento. Certifico que aún no me han proporcionado asistencia de alquiler o servicios públicos, a través de otro proveedor o cualquier otro programa, que cubra los costos solicitados en este formulario. Los firmantes entienden además que proporcionar representaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude.

Firma del solicitante / cabeza de familia

Fecha

Hoja de cálculo financiera

Completado SOLO para asistencia continua para hogares que excedan los 12 meses de asistencia

La asistencia continua puede requerir una sesión de asesoramiento financiero. Por favor complete la siguiente hoja de trabajo registrando sus gastos mensuales estimados. Aquellos que han **excedido los 12 meses de asistencia** con su solicitud inicial pueden ser dirigidos a un socio de la Red de Prevención de

Desalojos del Condado de Lancaster para obtener asesoramiento financiero antes de la asistencia. El propósito es ayudar con un plan para la sostenibilidad continua una vez completado el programa ERAP.

Gastos mensuales estimados

Utilidades			
Electricidad	\$	Agua / Alcantarillado	\$
Calor (Gas/Petróleo)	\$	Basura	\$
Teléfono (Celular)	\$	Cable (Satélite/Paquete)	\$
Internet	\$	Otra utilidad	\$
Transporte			
Pago de automóviles (préstamo/arrendamiento)	\$	Seguro de coche	\$
Gas	\$	Coche Maint (Reg / Inspección)	\$
Transporte Público	\$	Otros medios de transporte	\$
Viveres			
Comestibles	\$	Salir a cenar	\$
Almuerzos de trabajo/escuela	\$	Alimentos para bebés / Fórmula	\$
Salud / Médico			
Seguro de salud (no deducido)	\$	Ins de salud de los niños (no se deduce)	\$
Copagos recetados	\$	OTC / Vitaminas	\$
Dental / Cuidado de los ojos	\$	Otro	\$
Personal			
Productos para el hogar/limpieza	\$	Artículos de tocador/Productos de higiene	\$
Suministros para bebés	\$	Cuidado del cabello/Uñas/Otros	\$
Alcohol / Cigarrillos	\$	Ropa	\$
Mascotas	\$	Otros Personales	\$
Entretenimiento / Actividades / Regalos			
Periódicos / Suscripciones a Internet	\$	Membresías (gimnasio, otros)	\$
Deportes / Ocio	\$	Actividades escolares (niños)	\$
Regalos	\$	Vacaciones / Viajes	\$
Donaciones / Diezmo	\$	Otro:	\$

Yo, _____, por la presente, reconozco que para recibir asistencia por meses adicionales se puede requerir una sesión de asesoramiento financiero antes de recibir asistencia de alquiler y servicios públicos a través del Programa de Asistencia de Servicios Públicos y Alquiler de Emergencia del Condado de Lancaster.

Firma del solicitante / cabeza de familia

Fecha