



Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia (ERAP) Instrucciones y lista de comprobación para presentar una solicitud

Para ser elegible, un hogar debe tener la obligación de pagar el alquiler de una vivienda residencial y:

1. El hogar debe ser un residente del Condado de Ada, Idaho; y
2. El hogar debe tener ingresos que NO superan el 80% de los Ingresos Promedio del Área; y

Tamaño del hogar	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
Límite de ingresos (80% de los AMI)	\$42,200	\$48,200	\$54,250	\$60,250	\$65,100	\$69,900	\$74,750	\$79,550

3. Una o más personas en el hogar calificó para beneficios de desempleo; **O** sufrió una reducción de los ingresos del hogar, tuvo que hacer frente a costos considerables o sufrió otras dificultades financieras debido, directa o indirectamente, al brote de COVID-19; y
4. Una o más personas en el hogar corre el riesgo de convertirse en una persona sin hogar o de inestabilidad de vivienda.

Lista de comprobación de documentación

- Solicitud del programa con las respuestas de todas las preguntas
- Autorización para la Divulgación de Información
- Documentación sobre ingresos (proporcione toda la documentación pertinente):

Desempleo	Copia del aviso de beneficios o impresión de los pagos recibidos durante los dos últimos meses
Ingresos de empleo	Declaraciones de impuestos de 2020, formularios W2; O recibos de sueldo de los dos últimos meses
Trabajador autónomo	Declaraciones de impuestos de 2020, formularios 1099, informe de ganancias y pérdidas del sistema contable del solicitante, o estados bancarios de los dos últimos meses
Beneficios del Seguro Social	Información de impuestos de 2020 o una copia de una carta de asignación actual
Manutención de menores	Impresión de los pagos recibidos de los dos últimos meses, verificación por escrito del padre/madre ausente, o estados bancarios de los dos últimos meses
Otros ingresos	Documentación de la fuente que indique el monto mensual recibido. (Por ejemplo, pensión de VA (Asuntos de los Veteranos), anualidades, ingresos por discapacidad, compensación al trabajador, pensión alimenticia, etc.)

- Asistencia de alquiler y servicios públicos: Los servicios públicos incluyen electricidad, gas, agua, alcantarillado, basura, Internet y costos de energía, tales como aceite combustible. Los servicios de telecomunicaciones (teléfono, cable) no se consideran servicios públicos.
 - Contrato de arrendamiento actual (todas las páginas)
 - Copia de aviso de morosidad de alquiler (si corresponde)
 - Información de contacto del arrendador
 - Factura de servicios públicos más reciente (si solicita asistencia de servicios públicos)

Tenga en cuenta que es posible que deba presentar documentación adicional. El monto máximo de asistencia que pueden recibir los hogares depende de la necesidad y de los fondos disponibles. Envíe la solicitud con toda la información y toda la documentación de apoyo por correo electrónico a erap@bcacha.org, fax (208) 345-4909, o correo a Boise City/Ada County Housing Authorities Attn: ERAP 1001 S. Orchard St. Boise, ID 83705.





Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia Formulario de solicitud e ingreso

Sección 1: Información del solicitante principal

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
No. teléfono particular: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: _____ Idioma preferido: _____
Raza: Blanca/caucásica Negra/afroamericana Asiática Indio americano/nativo de Alaska Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico
¿Hispano o latino? Sí No Tamaño del hogar: _____ (Adultos: _____ Niños: _____)
Nombres de todos los miembros del hogar adultos: _____
Nombres de todos los miembros del hogar menores: _____

Sección 2: Dificultades financieras debido a COVID-19 Marque **TODO** lo que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desempleado durante 90 días antes de esta solicitud; | de COVID-19; |
| <input type="checkbox"/> Sufrió una pérdida sustancial de ingresos debido a COVID-19; | <input type="checkbox"/> Debíó someterse a autocuarentena debido a la recomendación de un proveedor de atención a la salud o la recomendación u orden de una autoridad de salud pública local o estatal, la orden de un agente de las fuerzas de seguridad, o tiene motivos para considerar que la autocuarentena es lo que corresponde para la salud pública y la seguridad humana debido a una exposición o una actividad de alto riesgo. |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo; | <input type="checkbox"/> Otras circunstancias pertinentes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reducción de remuneración; | |
| <input type="checkbox"/> Cierre del lugar de empleo; | |
| <input type="checkbox"/> Obligación de ausentarse del trabajo para cuidar a un niño de edad escolar en el hogar; | |
| <input type="checkbox"/> Sufrió un costo médico importante inesperado relacionado con COVID-19; | |
| <input type="checkbox"/> Debíó someterse a cuarentena debido a un diagnóstico | |

Sección 3: Situación de vivienda (marque todo lo que corresponda)

Documentación requerida: Adjunte una copia de su contrato de arrendamiento actual y/o la factura de servicios públicos más reciente (si corresponde).

- Riesgo de convertirse en una persona sin hogar o de inestabilidad de vivienda debido a no poder pagar alquileres y/o servicios públicos *vencidos*
- Monto del alquiler vencido: _____
 - Monto de los servicios públicos vencidos: _____
- Riesgo de convertirse en una persona sin hogar o de inestabilidad de vivienda debido a no poder pagar alquileres *futuros*
- Monto del alquiler a pagar: _____ Fecha de vencimiento: _____

¿Actualmente vive en una residencia con un subsidio federal? Sí No

En caso afirmativo, indique el programa/propiedad: _____

¿Recibe actualmente algún otro tipo de asistencia de alquiler/servicios públicos? Sí No



En caso afirmativo, indique el programa/agencia: _____

¿Solicitó asistencia de alquiler/servicios públicos de otra agencia? Sí No

En caso afirmativo, indique el programa/agencia: _____

Nombre del arrendador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del arrendador: _____ Correo electrónico del arrendador: _____

Sección 4: Ingresos del hogar

Documentación requerida: Adjunte copias de los formularios W2, declaraciones de impuestos, formularios 1099 de 2020, O los recibos de sueldo de los dos últimos meses de todos los adultos, estado(s) de pensiones, carta(s) de otorgamiento del seguro social, carta(s) de desempleo, y/o documentación de todo otro ingreso del hogar.

Indique en la siguiente tabla los ingresos mensuales BRUTOS (antes de impuestos) de **TODOS** los miembros del hogar.

Nombre del miembro del hogar	Empleo o salario	Ingresos como trabajador autónomo y negocio	Ingresos de pensión/jubilación	Seguro Social, jubilación, discapacidad	Desempleo, TANF, otra asistencia pública	Manutención de menores, pensión alimenticia, pagos de cuidado temporal	Otros ingresos
Total							

Ingresos mensuales totales:

Los siguientes miembros del hogar tienen **cero ingresos**:

Tamaño del hogar: Ingresos anuales totales del hogar de todas las fuentes (ingresos mensuales totales x 12):

(Encuentre los números en su familia y luego marque el monto de ingresos anuales adecuado)

Tamaño del hogar	0-30% Ingresos extremadamente bajos	✓	30%-50% Ingresos muy bajos	✓	(50%-80%) Ingresos bajos	✓	(Más de 80%) Más de	No califica
1 persona	0 a \$15,850		Hasta \$26,400		Hasta \$42,200		Más de \$42,200	No califica
2 personas	0 a \$18,100		Hasta \$30,150		Hasta \$48,200		Más de \$48,200	No califica
3 personas	0 a \$21,960		Hasta \$33,900		Hasta \$54,250		Más de \$54,250	No califica
4 personas	0 a \$26,500		Hasta \$37,650		Hasta \$60,250		Más de \$60,250	No califica
5 personas	0 a \$31,040		Hasta \$40,700		Hasta \$65,100		Más de \$65,100	No califica
6 personas	0 a \$35,580		Hasta \$43,700		Hasta \$69,900		Más de \$69,900	No califica
7 personas	0 a \$40,120		Hasta \$46,700		Hasta \$74,750		Más de \$74,750	No califica
8 personas	0 a \$44,660		Hasta \$49,700		Hasta \$79,550		Más de \$79,550	No califica

Sección 5: Atestación y certificación de elegibilidad

Yo, _____, por el presente declaro que mi hogar tiene por lo menos una o más personas de mi hogar que tiene la obligación de pagar el alquiler de una vivienda residencial y que corre el riesgo de convertirse en una persona sin hogar o de inestabilidad de vivienda y que, por dicho motivo, cumple con los criterios de elegibilidad por circunstancias de vivienda de ingresos menores al 80% de los AMI (Ingresos Promedio del Área). Mi hogar puede demostrar dicho riesgo de convertirse en una persona sin hogar o de inestabilidad de vivienda proporcionando los requisitos de documentación tal como se exige en esta solicitud o certificando la incapacidad de pagar alquileres o servicios públicos.

Adicionalmente, un miembro de mi hogar tiene una dificultad financiera relacionada con COVID-19 que califica, que incluye:

1. Calificó para beneficios de desempleo; O
2. Sufrió una reducción de los ingresos del hogar, hizo frente a costos considerables, o sufrió otras dificultades financieras debido a la enfermedad del novel coronavirus (COVID-19).

MEDIDAS PENALES Y ADMINISTRATIVAS POR INFORMACIÓN FALSA

ADVERTENCIA: LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS DETERMINA QUE ES UN DELITO PENAL HACER INTENCIONALMENTE DECLARACIONES FALSAS O TERGIVERSACIONES A TODO DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS SOBRE TODO TEMA DENTRO DE SU JURISDICCIÓN. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O INEXACTA ES PUNIBLE CONFORME A LAS LEYES FEDERALES O ESTATALES Y PUEDE DAR LUGAR AL PROCESAMIENTO LEGAL Y LA DEVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA.

LEÍ LO ANTERIOR Y COMPRENDO MIS RESPONSABILIDADES. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ES EXACTA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. CERTIFICO QUE NO RECIBÍ ASISTENCIA DE ALQUILER O DE SERVICIOS PÚBLICOS DE NINGÚN OTRO PROGRAMA QUE CUBRE LOS COSTOS QUE SE SOLICITAN EN ESTA SOLICITUD.

AL COMPLETAR Y PRESENTAR ESTE FORMULARIO, CERTIFICO QUE MI NOMBRE EN LETRA DE MOLDE TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ Y EXIGIBILIDAD LEGAL QUE UNA FIRMA MANUSCRITA AL MÁXIMO PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.

Firma del solicitante principal

Fecha

La política de las BCACHA es asegurarse de que toda persona, independientemente de la raza, religión, color, sexo, edad, origen nacional, estado familiar, identidad de género, orientación sexual o discapacidad, tenga igualdad de oportunidades para el acceso a una vivienda asequible. Si usted o alguien de su familia es una persona con discapacidades y requiere una adaptación específica para utilizar plenamente nuestros programas y servicios, envíe una solicitud por escrito o comuníquese con nuestra oficina llamando al (208) 363-9710.

