



برنامه کمک هزینه اضطراری اجاره (ERAP) دستورالعمل و چک لیست ثبت درخواست

خانوار برای واجد شرایط بودن بایستی مجبور به پرداخت اجاره برای محل سکونت باشد و:

1. خانوار بایستی ساکن شهرستان آدا در آیداهو باشد؛ و
2. درآمد خانوار نباید از 80% میان درآمد منطقه بیشتر باشد؛

اندازه خانوار	1 نفر	2 نفر	3 نفر	4 نفر	5 نفر	6 نفر	7 نفر	8 نفر
محدوده درآمد (AMI %80)	\$42200	\$48200	\$54250	\$60250	\$65100	\$69900	\$74750	\$79550

3. یکی یا چند نفر از افراد خانوار واجد شرایط مزایای بیکاری است؛ یا درآمد خانوار کاهش داشته است که متحمل هزینه های زیادی شده است یا دچار مشکلاتی مالی دیگری شده است که مستقیماً یا غیر مستقیماً به شیوع کووید-19 مربوط است؛ و
4. یک یا چند نفر در خانوار در معرض خطر بی خانمان شدن یا عدم ثبات سکونت قرار دارند.

چک لیست مدارک:

- درخواست برنامه با تکمیل تمامی پرسش ها
- اجازه نامه برای افزایش اطلاعات
- مدارک درآمد (تمامی اسناد قابل استناد را ارائه کنید)

رونوشت اعلان مزایا یا چاپ پرداختی های دریافتی برای دو ماه گذشته	بیکاری
اظهارنامه های مالیاتی 2020، W2؛ یا فیش حقوقی دو ماه گذشته	درآمد استخدام
اظهارنامه های مالیاتی 2020، 1099، گزارش سود و ضرر از سیستم حسابداری متقاضی یا صورت حساب بانکی مربوط به دو ماه گذشته	خودفرمایی
اطلاعات مالیاتی 2020 یا رونوشت نامه هزینه شخصی جاری	مزایای تامین اجتماعی
چاپ پرداختی های دو ماه گذشته، تایید کتبی والد غایب یا صورت حساب بانکی مربوط به دو ماه گذشته	حمایت فرزند
مدارک از منبعی که میزان دریافتی ماهانه را ارائه کند. برای مثال، مستمری VA، مقرری سالیانه، حقوق معلولیت، حقوق کارگری، نفقه، و غیره.)	درآمد دیگر

- کمک هزینه اجاره و خدمات شهری: خدمات شهری شامل برق، گاز، آب، فاضلاب، جمع آوری زباله، اینترنت و هزینه های انرژی مانند نفت سوختی می باشد. خدمات ارتباطات از راه دور (تلفن، کابل) خدمات شهری مورد نظر به حساب نمی آیند.

- قرارداد رهن جاری (تمامی صفحات)
- رونوشت اعلان قصور (در صورت وجود)
- اطلاعات تماس صاحبخانه
- آخرین فیش خدمات شهری (در صورتی که درخواست کمک هزینه خدمات شهری دارید)

لطفاً در نظر داشته باشید که ممکن است از شما مدارک دیگری نیز درخواست شود. حداکثر مبلغ کمک هزینه ای که خانوارها می توانند دریافت کنند به نیاز و بودجه موجود بستگی دارد. درخواست تکمیل شده و تمامی اسناد کمکی را از طریق ایمیل به erap@bcacha.org، فکس به (208) 345-4909 و یا نامه به مسئولین مسکن شهر بویز/شهرستان آدا بفرستید، قابل توجه: ERAP 1001 S. Orchard St. Boise, ID 83705.





برنامه کمک هزینه اضطراری اجاره
فرم درخواست و مبلغ مورد نیاز

بخش 1: اطلاعات اولیه متقاضی

نام خانوادگی: _____ نام: _____ MI: _____

نشانی: _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

شماره تلفن منزل: _____ شماره همراه: _____ ایمیل: _____

تاریخ تولد: _____ جنسیت: _____ زبان ترجیحی: _____

نژاد: سفید/قفقازی سیاه/آفریقایی آمریکایی آسیایی آمریکایی هندی/بومی آلاسکا بومی هاوایی/دیگر جزایر آرام

هیسپانیک یا لاتینو؟ بله خیر اندازه خانوار: _____ (بزرگسال: _____ بچه: _____)

نام تمامی بزرگسالان خانوار: _____

نام تمامی افراد صغیر خانوار: _____

بخش 2: مشکلاتی مالی کووید-19 لطفا تمامی موارد صحیح را تیک بزنید:

بیکار به مدت 90 روز قبل از این درخواست؛

دچار کاهش شدید درآمد به دلیل کووید-19؛

از دست دادن شغل؛

کاهش حقوق؛

بسته شدن محل کار؛

اجبار به غیاب از کار برای مراقبت از بچه های سن مدرسه که باید در خانه بمانند؛

متحمل هزینه های زیاد پزشکی پیش بینی نشده به دلیل کووید-19.

اجبار به قرنطینه به دلیل کووید-19.

اجبار به قرنطینه شخصی بر اساس توصیه یک ارائه دهنده خدمات مراقبت پزشکی یا توصیه یا دستور یک مسئول محلی یا ایالتی بهداشت عمومی، دستور یک افسر نیروی انتظامی یا به دلیل باور به این موضوع که قرنطینه شخصی به سود بهداشت عمومی و ایمنی انسانی به دلیل فعالیت پر ریسک می باشد.

دیگر شرایط مربوط: _____

بخش 3: وضعیت مسکن (تمامی موارد صحیح را تیک بزنید)

مدارک مورد نیاز: رونوشتی از قرارداد رهن جاری خود و/یا آخرین فیش پرداختی خدمات شهری خود (در صورت وجود) ضمیمه نمایید.

در معرض خطر بی خانمان شدن یا عدم ثبات مسکن به دلیل عدم توانایی پرداخت اجاره موعده گذشته و/یا خدمات شهری

▪ مبلغ اجاره موعده گذشته: _____

▪ مبلغ خدمات شهری موعده گذشته: _____

در معرض خطر بی خانمان شدن یا عدم ثبات مسکن به دلیل عدم توانایی پرداخت اجاره آینده

▪ مبلغ اجاره در موعده: _____ تاریخ موعده: _____

بخش 5: گواهی و تصدیق واجد شرایط بودن

من، _____، بدینوسیله بیان می دارم که خانوار من حداقل یک یا چند عضو دارد که مجبور به پرداخت اجاره برای یک محل سکونت هستند و در معرض خطر بی خانمان شدن یا عدم ثبات محل سکونت قرار دارند و در نتیجه شرایط واجد شرایط بودن مسکن با درآمد کمتر از 80% AMI (درآمد میانه منطقه) هستند. خانوار من می تواند ریسک بی خانمان شدن یا عدم ثبات مسکن خود را با ارائه مدارک لازم مورد نیاز در این درخواست یا گواهی برای عدم توانایی پرداخت اجاره یا خدمات شهری را ارائه کند.

علاوه بر این، یکی از اعضای خانوار من یک مشکل مالی مربوط به کووید-19 دارای صلاحیت دارد، شامل:

1. صلاحیت برای مزایای بیکاری؛ یا
2. کاهش درآمد خانوار، متحمل هزینه های بالا، یا دچار مشکلات دیگر مالی به دلیل بیماری جدید کروناویروس (کووید-19).

اقدامات مجرمانه و اداری برای اطلاعات غلط

هشدار: بخش 1001 از عنوان 18 قانون ایالات متحده آمریکا ارائه اظهارات غلط به صورت عمدی یا ارائه موارد اشتباه به هر کدام از دپارتمان ها یا سازمان های ایالات متحده دربار هر موضوعی در حوزه خود آن سازمان جرم تلقی می شود. من متوجه هستم که ارائه عمدی اطلاعات اشتباه، ناقص یا ناصحیح تحت قوانین ایالتی و فدرال قابل تنبیه بوده و ممکن است باعث تعقیب قضایی و بازپرداخت کمک هزینه شود.

من موارد فوق را خوانده ام و متوجه مسئولیت خود هستم. من گواهی می کنم که اطلاعاتی که ارائه کرده ام تا آنجا که می دانم درست و کامل است. من گواهی می کنم که قبلا کمک هزینه اجاره یا خدمات شهری به من از طریق هیچ برنامه ای به گونه ای که هزینه های مورد درخواست در این تقاضا را پوشش دهد، به من ارائه نشده است.

با تکمیل و ثبت این فرم، من تایید می کنم که نام تایپ شده من همان اعتبار و قابلیت اعمال امضای قانونی من تا حداکثر میزانی که توسط قانون مشخص شده است را دارد

تاریخ

امضای متقاضی اصلی

سیاست BCACHA نظارت بر این موضوع است که تمامی افراد بدون توجه به نژاد، دین، رنگ پوست، جنسیت سن، کشور مبدأ، وضعیت خانوادگی، هویت جنسی، گرایش جنسی یا معلولیت باید شانس یکسانی برای دسترسی به مسکن ارزان داشته باشد. اگر شما یا هر کدام از اعضای خانواده تان شخص دارای معلولیت هستید و نیاز به سکونت خاصی برای استفاده کامل از برنامه ها و خدمات ما دارید، لطفا درخواستی را به صورت کتبی ثبت کرده یا با دفتر ما به شماره 363-9710(208) ارسال نمایید.

