

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DO INQUILINO DO RESIDENCIAL - DIFICULDADE FINANCEIRA RELACIONADA À COVID-19

Informações gerais

1. Em 10 de março de 2020, o Governador declarou estado de emergência devido ao surto do novo Coronavírus de 2019 (“COVID-19”) no Estado de Massachusetts. Uma lei assinada pelo Governador em 20 de abril de 2020 (capítulo 65 da Lei de 2020) assegura que os proprietários não podem impor uma taxa de atraso pelo não pagamento de aluguel de uma unidade residencial ou iniciar processos de despejo.
2. Além disso, os proprietários não podem fornecer dados de pagamento de aluguel a uma agência de informações ao consumidor relacionados ao não pagamento de aluguel, **se** o inquilino notificar e documentar o proprietário, dentro de 30 dias após o não pagamento do aluguel, de que o pagamento do aluguel não foi feito devido a um impacto financeiro decorrente da COVID-19.
3. Se você não puder pagar o aluguel integral e dentro do prazo devido a dificuldades financeiras relacionadas à COVID-19, e para evitar taxas de atraso e/ou informações de crédito, **você deve enviar uma notificação e documentação ao seu proprietário ou à entidade gestora do proprietário dentro de 30 dias após a data de vencimento do aluguel**, explicar e documentar que o não pagamento foi devido a um impacto financeiro decorrente da COVID-19.
4. Você deve enviar o formulário para o mesmo local em que normalmente envia seu aluguel, exceto se você tiver um endereço de e-mail do seu proprietário ou da entidade gestora, para o qual poderá enviá-lo.
5. Use este formulário para informar ao proprietário se você deixou de fazer algum pagamento de aluguel devido a um impacto financeiro decorrente da COVID-19. Se você não conseguir fazer o download ou obter uma cópia impressa deste formulário, envie uma carta ou e-mail contendo os mesmos detalhes das dificuldades financeiras.
6. Você pode preencher uma cópia impressa deste formulário ou fazer o download do formulário e preenchê-lo eletronicamente. Se você preencher o formulário eletronicamente e não tiver como imprimi-lo e assiná-lo, digite “/s/” e, em seguida, seu nome na linha de assinatura e envie o formulário por e-mail ao proprietário ou à entidade gestora do proprietário. Isso contará como sua assinatura eletrônica.
7. Este formulário tem como objetivo documentar sua capacidade de pagar aluguel com base na renda de **todos os adultos em seu agregado familiar**. Um adulto deve assinar o formulário como o principal responsável pela renda no agregado familiar, mas todo adulto que mora nesse agregado familiar e que recebe alguma renda deve fornecer informações e assinar o formulário.

8. Caso tenha dúvidas sobre este formulário, entre em contato com o Centro de Educação de Escolha de Habitação (HCECs — Housing Choice Education Center) local. Você pode encontrar o HCEC local aqui: <https://www.masshousinginfo.org/>.

Seção A – Informações básicas

1. No espaço em branco na Seção A.1, insira seu endereço residencial, incluindo o número do apartamento.
2. Na Seção A.2, se você tiver uma locação por escrito, marque “Sim”; se você não tiver uma locação por escrito, marque “Não”.
3. Na Seção A.3, coloque o valor do seu aluguel mensal.
4. Na Seção A.4, se mais de um adulto que mora no agregado familiar receber renda de qualquer fonte, incluindo seguro-desemprego, pensão alimentícia ao cônjuge, pensão alimentícia aos filhos, TANF (Temporary Assistance for Needy Families — Assistência temporária para famílias carentes), pagamentos por incapacidade ou outra renda, marque “Sim”; se você é o único adulto do agregado familiar com renda, marque “Não”.
5. Se você marcou “Sim” na seção A.4, coloque os nomes dos outros adultos com renda nos espaços em branco na Seção A.5.
6. Na Seção A.6, insira a data em que o pagamento do aluguel que você não pôde pagar por completo era devido ao proprietário. (Lembre-se, se você deixar de fazer mais de um pagamento de aluguel, deverá enviar este formulário após cada pagamento não realizado para receber proteção contra cobranças em atraso e informações de crédito.)

Seção B – Renda do agregado familiar antes do estado de emergência

1. A Seção B.1 solicita que você relacione a renda mensal do seu agregado familiar de todos os empregos ocupados por todos os adultos em seu agregado familiar que trabalhavam como assalariados por hora ou assalariados por mês antes do Governador declarar o estado de emergência da COVID-19 em 10 de março de 2020. Se um adulto tiver mais de um emprego, relacione cada emprego separadamente. Não inclua renda de autônomo (dinheiro ganho trabalhando para si mesmo e não para um empregador).

Observação: A lei de Massachusetts proíbe a discriminação com base na fonte de renda. É ilegal o proprietário discriminar você se sua renda for proveniente de assistência pública, pensão alimentícia aos filhos ou pensão alimentícia ao cônjuge ou de qualquer outra fonte, e não de recebimentos.

Seção C – Renda do agregado familiar atual

1. A Seção C-1 solicita que você forneça informações sobre TODAS as rendas mensais do seu agregado familiar no mês anterior ao pagamento do aluguel não realizado. **É similar à Seção B.2, mas abrange o mês anterior ao pagamento do aluguel não realizado e não ao período imediatamente anterior ao Governador declarar estado de emergência:**

1. A renda mensal de todas as pessoas que moravam no agregado familiar **no mês anterior à data de vencimento do aluguel (relacionado na seção A.6 acima)** foi \$ e originou-se das seguintes fontes:

Outra diferença é que a tabela exige que você relacione como fonte quaisquer valores recebidos do governo federal sob a Lei CARES (Lei de Ajuda, Alívio e Segurança Econômica de Coronavírus) durante o mês anterior ao vencimento do aluguel. Isso inclui o pagamento único de \$1,200 por adulto e \$500 por menor de 16 anos, além dos \$600/semana extras em seguro-desemprego.

(Inclua todas as fontes de renda, incluindo emprego, pagamento de desemprego, pagamentos da Lei CARES, pensão alimentícia para os filhos, qualquer outro dinheiro recebido de qualquer fonte):

O valor que você colocou no espaço em branco no início desta seção deve corresponder ao total na tabela abaixo:

<u>Fonte</u>	<u>Valor</u>
Renda de emprego ou de trabalho autônomo	
Pagamento de desemprego	
Assistência Federal da Lei CARES	
Todas as outras fontes de renda (<i>p. ex.</i> , pensão alimentícia aos filhos, pensão alimentícia ao cônjuge, presentes)	
Total:	

2. A Seção C.2 solicita uma comparação lado a lado da sua renda durante o mês anterior ao vencimento do pagamento do aluguel não realizado e antes do início do estado de emergência. O primeiro valor deve corresponder ao total na Seção C.1. O segundo valor deve corresponder ao total na Seção B.2.

2. Renda total do agregado familiar no mês anterior à data de vencimento do aluguel: \$_____. Renda mensal total do agregado familiar antes do estado de emergência que começou em 10 de março de 2020: \$_____.

Seção D – Aumento de despesas relacionadas à COVID-19

Se você passou por dificuldades financeiras devido ao aumento de despesas decorrentes da COVID-19, deverá preencher esta seção, independentemente se você teve ou não alguma perda de renda. Você deve incluir apenas aumentos nas despesas que ocorreram devido à emergência da COVID-19.

A primeira frase solicita que você indique o valor do aumento de suas despesas devido à COVID-19:

Desde de 10 de março de 2020, as despesas no agregado familiar aumentaram em aproximadamente \$_____ por mês pelos seguintes motivos relacionados à COVID-19 (*marque todas as opções aplicáveis*):

Se isso se aplica a você, preencha o espaço em branco com uma estimativa do aumento mensal das suas despesas. Em seguida, marque a caixa ou caixas que se aplicam a você. Se nenhuma das opções relacionadas se aplica a você, mas suas despesas aumentaram por outros motivos relacionados à COVID-19, marque a caixa marcada com “Outros” e preencha o espaço em branco com uma explicação.

As opções são:

- Custos extras, porque a escola ou creche de um filho foi fechada sob o estado de emergência, incluindo serviços de cuidados infantis, alimentação e outros custos relacionados.
- Custos extras, porque um ou mais membros do agregado familiar estão trabalhando horas extras para atender à emergência da COVID-19, incluindo serviços de cuidados infantis ou transporte.
- Custos médicos extras relacionados à COVID-19 que não são cobertos pelo seguro.
- Outro: _____

Seção E. – Outras dificuldades financeiras

Se a emergência de saúde pública da COVID-19 lhe causou dificuldades financeiras por outros motivos, marque a caixa nesta seção e preencha o espaço em branco com uma explicação. Por exemplo, se você já recebeu pagamentos de pensão alimentícia ao cônjuge ou pensão alimentícia aos filhos de um ex-cônjuge que não mora com você e seu ex-cônjuge perdeu o emprego devido à COVID-19 e agora não pode mais efetuar esses pagamentos, este seria o campo para explicar sua situação.

Seção F – Perda de receita relacionada à COVID-19

1. A Seção F.1 solicita que você relacione os motivos pelos quais você ou qualquer outro adulto do agregado familiar perdeu renda como resultado da COVID-19, incluindo demissões, horas reduzidas e doenças. Se uma caixa estiver marcada, você deve preencher o nome do adulto que foi afetado. As opções são:

- Devido aos sintomas apresentados ou teste positivo para COVID-19, precisou fornecer cuidados a um membro da família ou parente que apresentou sintomas ou teste positivo para COVID-19 ou foi forçado a se colocar em quarentena devido ao contato próximo com alguém que apresentou resultado positivo para COVID-19.

Relacione o nome das pessoas afetadas:

- Foi demitido ou perdeu um emprego quando seu local de trabalho foi fechado.

Relacione o nome das pessoas afetadas:

- Trabalhou menos horas quando seu local de trabalho fechou ou reduziu o horário de trabalho devido ao estado de emergência.

Relacione o nome das pessoas afetadas:

- Recebeu menos renda (se autônomo ou prestador de serviços) devido a uma redução no trabalho de clientes que fecharam devido ao estado de emergência.

Relacione o nome das pessoas afetadas:

- Teve que deixar o emprego porque as escolas estavam fechadas e não tinha serviços de cuidados infantis.

Relacione o nome das pessoas afetadas:

- Vivenciou algum outro impacto da COVID-19.

Descreva o impacto e relacione o nome das pessoas afetadas:

G. Certificação da dificuldade financeira

Ao assinar este formulário, você declara que todos os itens a seguir são verdadeiros e precisos:

- (1) A renda total do agregado familiar, no mês anterior à data de vencimento do aluguel (da Seção A, parte 6), foi inferior a três (3) vezes meu aluguel mensal.
- (2) Devido à perda de renda e/ou aumento das despesas descritas acima, o agregado familiar não pode pagar o aluguel devido e não tem dinheiro suficiente para pagar alimentos, despesas médicas e relacionadas, prêmios de seguro de saúde, serviços públicos, serviços de cuidados infantis e despesas de transporte relacionadas ao trabalho.
- (3) O não pagamento do aluguel devido na data de vencimento do aluguel ocorreu devido a um impacto financeiro decorrente da COVID-19, conforme descrito na seção F.
- (4) O agregado familiar pagou aluguel parcial na medida do possível, tendo em vista as dificuldades financeiras mencionadas acima.
- (5) As informações fornecidas neste formulário são uma declaração verdadeira e precisa das dificuldades financeiras enfrentadas pelo agregado familiar em relação à COVID-19.

Se você assinar este formulário, todas essas declarações devem ser verdadeiras.

Por fim, observe que **todos os adultos do agregado familiar que recebem renda de qualquer fonte** devem assinar o formulário, eletronicamente ou em cópia impressa.