**Requerimento para Emergency Housing Payment Assistance**

*Versão de 25.10.2022*

Este requerimento é para receber a Emergency Housing Payment Assistance (Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação), incluindo a Residential Assistance for Families in Transition (Assistência Residencial para Famílias em Transição) (**RAFT**).

Você pode enviar este requerimento em papel para a Regional Administering Agency (Agência Administrativa Regional) (RAA) local, listada abaixo. Enviar o requerimento por computador ou smartphone é fácil e rápido, acesse: <https://applyhousinghelp.mass.gov/>.

Se precisar de auxílio para preencher o requerimento, entre em contato com a RAA local para obter assistência gratuita. As informações de contato da RAA estão na próxima página; entre em contato com a RAA que atende a parte do estado onde reside ou para a qual se mudará.

Qr code

Description automatically generatedVocê também pode encontrar a RAA mais próxima on-line; tire uma foto desta imagem com seu celular:



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAA** | **Endereço** | **Telefone** |
| Berkshire Housing Development Corp. (BHDC), atende Berkshires | Caixa postal 1180, Pittsfield, MA  01202-1180 | (413) 499-1630 x168 |
| Community Teamwork, Inc. (CTI), atende North Shore | 17 Kirk Street, Lowell, MA 01852 | (978) 459-0551 |
| Housing Assistance Corp. (HAC), atende Cape e as ilhas | 460 West Main Street, Hyannis, MA 02601 | (508) 771-5400 |
| Way Finders, Inc., atende Springfield e Hampden County | 1780 Main Street, Springfield, MA 01103 | (413) 233-1600 |
| Metro Housing Boston, atende a área metropolitana de Boston | 1411 Tremont Street, Boston, MA 02120 | (617) 425-6700 |
| RCAP Solutions, atende Worcester County | 191 May Street, Worcester, MA 01602 | (978) 630-6771 |
| South Middlesex Opportunity Council, Inc. (SMOC), atende Metro West, incluindo Framingham | 7 Bishop Street, Framingham, MA 01702 | (508) 872-0765 |
| Neighbor Works Housing Solutions, atende South Shore e South Coast | 169 Summer Street, Kingston, MA 02364 | (781) 422-4204 |
| Lynn Housing Authority and Neighborhood Development (LHAND), atende Lynn | LHAND Family Success Center, 39 Curwin Terrace, Lynn, MA 01905 | (339) 883-2342 |
| Franklin County Regional Housing & Redevelopment Authority, atende Franklin County | 241 Millers Falls Road, Turners Falls, MA 01376 | (413) 863-9781 |
| Central Massachusetts Housing Alliance (CMHA), atende Worcester County | 6 Institute Road, caixa postal 3, Worcester, MA 01609 | (774) 243-3872 |

Você pode saber mais sobre o programa Residential Assistance for Families in Transition (Assistência Residencial para Famílias em Transição) (RAFT): quem é elegível e quais benefícios estão disponíveis no site: <https://www.mass.gov/service-details/residential-assistance-for-families-in-transition-raft-program>

Seções do requerimento:

1. Situação de moradia
2. Instruções
3. Pré-análise
4. Dados do(a) Requerente
5. Membros adicionais do agregado familiar
6. Renda
7. Dedução do agregado familiar
8. Locação
9. Documentos
10. Revisão
11. Certificação
12. Como enviar um requerimento

# Situação de moradia

Selecione a afirmação que melhor descreve a sua situação de moradia\*

Permanecer no imóvel de locação: Estou alugando um apartamento/casa e estou buscando assistência para ficar no mesmo lugar.

Mudança: Preciso sair de onde estou atualmente (ou seja, estou desabrigado(a), couch surfing, ou vivendo em condições inseguras).

Proprietário(a): Estou residindo em meu imóvel e estou buscando assistência para pagar minha hipoteca para permanecer nele ou estou buscando auxílio com outros custos de moradia.

Existe outra pessoa, como um(a) advogado(a), para quem também devemos enviar informações sobre o status de seu requerimento?\*

SimNão

Se tiver respondido “Mudança: Preciso sair de onde estou atualmente (ou seja, estou desabrigado(a), couch surfing, ou vivendo em condições inseguras)”, deverá responder às próximas 2 perguntas abaixo:

Você conhece o novo locador do imóvel e o endereço para o qual está se mudando?\*

SimNão

Você pode fazer o requerimento se ainda não tiver uma nova unidade/novo locador e planejar se mudar em 60 dias. Se você tiver uma unidade e um locador, fornecer o contato de e-mail dele/dela ajudará seu requerimento a ser processado mais rapidamente.

Você planeja se mudar nos próximos 60 dias?\*

SimNão

Se tiver respondido “Não” à pergunta acima, volte a se inscrever dentro de 60 dias após a mudança planejada

No momento, a Emergency Housing Payment Assistance (Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação) de Massachusetts não está aceitando requerimentos de proprietários. Proprietários que precisarem de assistência com hipoteca ou outra assistência habitacional podem fazer o requerimento pelo novo programa Homeowner Assistance Fund (Fundo de Assistência a Proprietários) (HAF). Acesse: <https://massmortgagehelp.org/> para saber mais sobre HAF e para saber se é elegível. Você também pode ligar para a Central de Atendimento do HAF pelo número: (833) 270–2953 ou ligar para o número 2-1-1 para obter mais informações e se inscrever.

# Instruções

Instruções para preencher o requerimento

O requerimento para Emergency Housing Payment Assistance (Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação) é gratuito. Nenhuma taxa é exigida para fazer o requerimento e assistência gratuita está disponível para auxiliar no preenchimento. Tenha cuidado com golpes de pessoas que cobram uma "taxa para requerimento" para ajudar a enviar um requerimento. Se precisar de auxílio para preencher o requerimento, entre em contato com a RAA local para obter assistência gratuita.

**Esteja ciente de que, a partir de 16 de abril de 2022, o programa Emergency Housing Payment Assistance (Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação) terá um limite de benefício de $10.000 e um limite de elegibilidade de renda de 50% da renda mediana da área.**

OBSERVAÇÃO PARA REQUERENTES QUE SE INSCREVEREM ON-LINE: Este requerimento de assistência de aluguel levará de 20 a 30 minutos. Você pode salvar e retomar este requerimento posteriormente, mas conclua-o em 21 dias. Após 21 dias, os requerimentos incompletos serão cancelados e você precisará iniciar um novo requerimento se ainda desejar se inscrever.

O requerimento solicitará que você forneça:

* A habitação atual do agregado familiar e os desafios que podem estar enfrentando
* Os nomes, datas de nascimento e números de segurança social de todos os membros da família. Não é necessário incluir um número de segurança social se não tiverem.
* Renda total do agregado familiar
* O tipo de assistência necessária
* Informações de contato do locador Você pode fazer o requerimento se ainda não tiver uma nova unidade/novo locador e planejar se mudar em 60 dias.

Você também terá que enviar a seguinte documentação. O requerimento será processado mais rapidamente se você incluir todos estes documentos:

* Documento de identificação do(a) chefe(a) de família
* Documento de comprovação de crise imobiliária (por exemplo, uma Notificação para sair ou intimação judicial)
* Comprovação de moradia (por exemplo, um contrato de locação)

Uma agência também pode solicitar documentação adicional que comprove a renda do agregado familiar.

[Para saber mais sobre a documentação necessária: https://www.mass.gov/how-to/how-to-apply-for-raft](https://www.mass.gov/how-to/how-to-apply-for-raft)

Depois de enviar o requerimento, um(a) gestor(a) de caso de uma Agência Administrativa Regional (RAA) entrará em contato com você. Por favor, responda rapidamente quando for contatado(a).

Se você é um(a) advogado(a) ou deseja que forneçamos detalhes sobre seu requerimento a uma organização de advogados, amigo(a) ou familiar, preencha a seção Detalhes do(a) advogado(a) abaixo.

# Dados do(a) advogado(a)

Nome do(a) advogado(a)\* Segundo nome Sobrenome do(a) advogado(a)\*

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

Relação com o(a) Requerente\* Telefone do(a) advogado(a) E-mail do(a) advogado(a)\*

Organização de advogados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amigo(a)

Familiar

Circule a preferência de idioma do indivíduo para o qual está fazendo o requerimento\*

Text

Description automatically generated with medium confidence

Marque esta caixa para confirmar que você tem consentimento para enviar este requerimento em nome do(a) Requerente.

Marque esta caixa para confirmar que você tem consentimento para se comunicar sobre este requerimento em nome do cliente.

**Pré-análise**

Incluindo você, quantas pessoas moram no imóvel? Inclua filhos, colegas de quarto, familiares ou outras pessoas que morem com você na linha abaixo.

Nº de membros do agregado familiar\* Renda anual do agregado familiar\*

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

Onde você reside atualmente? (Se estiver desabrigado(a), indique um endereço onde poderá retirar suas correspondências)\*

Rua/caixa postal\* Nº do Apt./unidade Cidade\*

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

Estado\* Código postal\*

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

Se tiver indicado acima que está se mudando para uma nova unidade, forneça o endereço desta unidade. Se ainda não tiver uma unidade garantida, indique, na seção abaixo, apenas a cidade ou município para onde se mudará. \*

Rua/Caixa postal\* Nº do Apt./unidade Cidade\*

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

Estado\* Código postal\*

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

Você ou um familiar imediato trabalha para uma organização que administra RAFT, ERAP ou HomeBASE?\*

SimNão

Se sim, qual é o nome?\*

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

O nome do(a) locatário(a) está no contrato?\*

SimNão

Se não, será necessário um contrato de sublocação assinado que diga quem é o(a) locatário(a) principal e as datas da sublocação.  Esteja ciente do seguinte: Os fundos apenas podem ser pagos ao proprietário do imóvel; eles não podem ser pagos ao(a) locatário(a) principal que oferece a sublocação.

Você pretende usar um voucher de locação na nova unidade, como MRVP, Seção 8 ou vale-moradia emergencial?\*

SimNão

Dificuldades

Conte-nos os desafios que você enfrentou.

Eu ou alguém do meu agregado familiar:\*

Perdeu um emprego

Está recebendo auxílio-desemprego

Teve menos renda do que o normal (salário mais baixo, menos horas ou menos clientes se for autônomo)

Teve que faltar ao trabalho, parar de trabalhar ou trabalhar menos horas devido a uma necessidade médica ou de saúde

Teve que faltar ao trabalho, ou parar de trabalhar, para cuidar de alguém com necessidades médicas ou de saúde

Teve que faltar ao trabalho, ou parar de trabalhar, ou trabalhar menos horas porque a escola ou creche do filho/da filha estava fechada, ou porque o(a) filho(a) teve que estudar remotamente

Teve um colega de quarto ou membro da família que se mudou, parou de pagar o aluguel ou faleceu, deixando-o(a) com custos de moradia mais altos

Teve contas mais altas do que o normal (por exemplo, contas médicas, custos de transporte, custos de creche, custos de funeral, aluguel, serviços públicos, etc.)

Teve renda muito baixa para pagar as despesas domésticas básicas (por exemplo, alimentação, roupas, aluguel, serviços públicos, material de limpeza, etc.)

Use a seção abaixo para destacar toda e qualquer necessidade de moradia ou serviços públicos que descreva sua situação atual. (marque todas as opções aplicáveis)

Certifique-se de que pelo menos um valor seja selecionado nas seções Mudança - Crise habitacional, Locatário(a) - Crise habitacional ou Assistência de serviços públicos abaixo.

Mudança - Crise habitacional

Se tiver respondido “Mudança: Preciso sair de onde estou atualmente……” na Situação de moradia acima, use a seção abaixo para destacar toda e qualquer necessidade de habitação ou serviços públicos que descrevam sua situação atual. (marque todas as opções aplicáveis)

Recebi uma Notificação para sair que diz que meu aluguel será rescindido se eu não pagar toda a quantia devida.

Não tenho um contrato de locação atual e recebi um aviso de que preciso deixar o imóvel.

Fui ao tribunal ou tenho uma data marcada para ir ao tribunal sobre ser despejado(a)

Fui despejado(a) por meio de um processo judicial e tenho que deixar o imóvel.

Couch-surfing ou compartilhamento de quarto, e não posso mais ficar

No momento, estou desabrigado(a) (por exemplo, dormindo em um abrigo, um carro ou fora de casa)

Alguém com quem moro está me machucando, ameaçando me machucar ou fazendo com que eu ou minha família nos sintamos inseguros

O Conselho de Saúde ou meu provedor de saúde diz que preciso deixar o local porque a unidade não é segura ou saudável para mim.

Outro: (Explique as circunstâncias que farão com que você fique desabrigado(a) dentro de 30 dias)

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

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

Locatário(a) - Crise habitacional

Se tiver respondido “Permanecer no imóvel…” na Situação de moradia acima, use a seção abaixo para destacar toda e qualquer necessidade de habitação ou serviços públicos que descrevam sua situação atual. (marque todas as opções aplicáveis)

Eu recebi uma Notificação para sair do locador dizendo que devo aluguel

Fui ao tribunal ou tenho uma data marcada para ir ao tribunal sobre ser despejado(a)

Fui despejado(a) por meio de um processo judicial e tenho que deixar o imóvel

Alguém com quem moro está me machucando, ameaçando me machucar ou fazendo com que eu ou minha família nos sintamos inseguros

Assistência de serviços públicos (marque todas as opções aplicáveis)

Recebi um aviso de desligamento

Meu serviço foi desligado

Meu tanque de óleo de aquecimento ou gás de aquecimento está vazio e não posso arcar com os custos para reabastecê-lo

Se houver uma próxima data do tribunal associada à crise que selecionou acima, quando será essa data?

(MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não sei

Requerimento do locador

Você recebeu um e-mail de confirmação do programa RAFT/ERAP/HomeBASE de Massachusetts informando que seu locador enviou um requerimento?\*

SimNão

Se tiver respondido “Sim” à pergunta acima, forneça o código de requerimento do locador informado nesse e-mail.

Código de requerimento do locador\*

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

**Dados do(a) Requerente**

Informações do(a) requerente

Nome\* Segundo nome Sobrenome\* Abrev.

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

Data de nascimento\* (MM/DD/AAAA) Idade

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

Sexo\*

MasculinoFemininoNão-binárioTransgênero

Recuso a responder

Número de segurança social\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Não tenho um número de segurança social (SSN)

Raça\* Etnia\*  
Índio Americano ou Nativo do Alasca Hispânica/Latina

Asiática Não hispânica/não latina

Branca Sem resposta

Negra ou afro-americana

Nativo do Havaí ou de outro ilhéu do Pacífico

Multirracial

Sem resposta

Status de emprego\* Tipo de documento\*  
Empregado(a) em tempo integral Carteira de habilitação

Trabalho de meio período ID do estado

Autônomo(a) Passaporte americano

Desempregado(a) ID de militar

Estudante ID de dependente de militar

Aposentado(a) Certidão de nascimento

Incapacitado(a) Passaporte estrangeiro válido

Certidão de cidadania

Certidão de naturalização

Documento de residência permanente dos EUA

ID de Trusted Traveler (passageiro(a) pré-aprovado(a)) (Global Entry, FAST,   
 SENTRI, NEXUS)

Cartão de tribo aprimorada

Documento de identificação com foto de tribo nativa americana

Se tiver escolhido “Carteira de habilitação” como Tipo de documento, você deverá informar o Estado da carteira de habilitação e o Número da carteira de habilitação abaixo:

Carteira de habilitação do estado\* Número da carteira de habilitação\*

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

Endereço de correspondência do(a) Requerente

Rua/Caixa postal\* Nº do Apt./unidade Cidade\*

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

Estado\* Código postal\*

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

Dados de contato do(a) Requerente

Número de telefone\*

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

Tipo de telefone\*

ResidencialCelular

Concordo em receber mensagens de texto sobre assistência habitacional.  Tarifas de mensagens e dados podem ser aplicáveis.\*

SimNão

E-mail\*

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

Método preferido de contato\* Idioma preferido E-mail Inglês

Telefone Espanhol

Português

Chinês tradicional

Crioulo haitiano

Khmer

Russo

Vietnamita

# Membros adicionais do agregado familiar

Inclua informações sobre os membros da família da pré-análise que afirmou que moram com você.

## Membro adicional do agregado familiar nº 1

Nome\* Sobrenome\*

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

Data de nascimento\* (MM/DD/AAAA) Idade

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este membro não tem um número de segurança social   
 Número(SSN)

Sexo\*

MasculinoFemininoNão-binárioTransgênero

Recuso a responder

Relacionamento com o(a) chefe da família\*

Cônjuge

Filho/Filha

Pai/mãe

Outro membro da família

Colega de quarto

Raça\* Etnia\*  
Índio Americano ou Nativo do Alasca Hispânica/Latina

Asiática Não hispânica/não latina

Branca Sem resposta

Negra ou afro-americana

Nativo do Havaí ou de outro ilhéu do Pacífico

Multirracial

Sem resposta

## Membro adicional do agregado familiar nº 2

Nome\* Sobrenome\*

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

Data de nascimento\* (MM/DD/AAAA) Idade

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este membro não tem um número de segurança social   
 Número(SSN)

Sexo\*

MasculinoFemininoNão-binárioTransgênero

Recuso a responder

Relacionamento com o(a) chefe da família\*

Cônjuge

Filho/Filha

Pai/mãe

Outro membro da família

Colega de quarto

Raça\* Etnia\*  
Índio Americano ou Nativo do Alasca Hispânica/Latina

Asiática Não hispânica/não latina

Branca Sem resposta

Negra ou afro-americana

Nativo do Havaí ou de outro ilhéu do Pacífico

Multirracial

Sem resposta

## Membro adicional do agregado familiar nº 3

Nome\* Sobrenome\*

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

Data de nascimento\* (MM/DD/AAAA) Idade

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este membro não tem um número de segurança social   
 Número (SSN)

Sexo\*

MasculinoFemininoNão-binárioTransgênero

Recuso a responder

Relacionamento com o(a) chefe da família\*

Cônjuge

Filho/Filha

Pai/mãe

Outro membro da família

Colega de quarto

Raça\* Etnia\*  
Índio Americano ou Nativo do Alasca Hispânica/Latina

Asiática Não hispânica/não latina

Branca Sem resposta

Negra ou afro-americana

Nativo do Havaí ou de outro ilhéu do Pacífico

Multirracial

Sem resposta

## Membro adicional do agregado familiar nº 4

Nome\* Sobrenome\*

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

Data de nascimento\* (MM/DD/AAAA) Idade

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este membro não tem um número de segurança social   
 Número(SSN)

Sexo\*

MasculinoFemininoNão-binárioTransgênero

Recuso a responder

Relacionamento com o(a) chefe da família\*

Cônjuge

Filho/Filha

Pai/mãe

Outro membro da família

Colega de quarto

Raça\* Etnia\*  
Índio Americano ou Nativo do Alasca Hispânica/Latina

Asiática Não hispânica/não latina

Branca Sem resposta

Negra ou afro-americana

Nativo do Havaí ou de outro ilhéu do Pacífico

Multirracial

Sem resposta

**Se precisar adicionar membros adicionais da família, copie esta página e anexe-a ao requerimento.**

**Renda**

Informe aqui qualquer rendimento/renda/salário recebidos, antes dos impostos.

Você ou seus familiares têm alguma renda proveniente do trabalho atual?\*

SimNão

Você ou seus familiares recebe(m) alguma renda da Previdência Social (SSI) ou Renda da Previdência Social por Incapacidade (SSDI)?\*

SimNão

Você ou seus familiares recebe(m) alguma Renda de Aposentadoria da Previdência Social ou renda de pensão/aposentadoria de um emprego anterior?\*

SimNão

Você ou seus familiares recebe(m) pensão alimentícia, pensão alimentícia/apoio ao cônjuge ou pensão alimentícia para filho(a) adotivo(a)?\*

SimNão

Informe rendimentos, como invalidez, remuneração do(a) trabalhador(a), renda de investimento ou qualquer outro dinheiro que você ou sua família receba(m) regularmente

Você ou seus familiares têm alguma outra renda a informar?\*

SimNão

(Selecione a caixa abaixo apenas se a resposta se aplicar a você.)  
Afirmo que não tenho renda e entendo que a organização que processa meu requerimento pode verificar isso.

Com base nas perguntas anteriores, se tiver mencionado que o agregado familiar tem salário, SSI ou SSDI, renda de aposentadoria ou pensão, pensão alimentícia, pensão de cônjuge ou filho(a) adotivo(a), outros rendimentos, forneça os detalhes de sua renda aqui.

# Renda

Observação: será pedido que comprove os rendimentos informados com documentação como:

* Dois holerites dos últimos 60 dias
* Documentos impressos de desemprego com a quantia do pagamento semanal
* Carta(s) de concessão de benefícios da Previdência Social, TAFDC, SNAP, MassHealth, etc.

## Renda do membro do agregado familiar nº 1

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

## Renda do membro do agregado familiar nº 2

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

## Renda do membro do agregado familiar nº 3

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

## Renda do membro do agregado familiar nº 4

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

## Renda do membro do agregado familiar nº 5

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

## Renda do membro do agregado familiar nº 6

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

## Renda do membro do agregado familiar nº 7

Nome do membro do agregado familiar, sobrenome\* Tipo de renda

Rendimentos/salários/ganhos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro-desemprego

Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)   
 (TANF)

Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Assistência à Nutricional Suplementar)   
 (SNAP)

Renda de Segurança Suplementar (SSI)

Seguro de invalidez da Previdência Social (SSDI)

Renda de aposentadoria da Previdência Social

Renda ou aposentadoria de um emprego anterior

Pensão de veteranos

Pensão ou outro apoio ao cônjuge

Pensão alimentícia

Seguro privado de invalidez

Pensão de invalidez não relacionada ao serviço de VA

Compensação por invalidez relacionada ao serviço de VA

Compensação de trabalhadores

Bolsa de programa de treinamento

Quantas vezes recebe? \* Quantia? \*

Diariamente (todos os dias)

Semanalmente (uma vez por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

Anualmente (uma vez por ano)

**Se precisar informar renda adicional, copie esta página e anexe-a ao requerimento.**

**Dedução do agregado familiar**

**Algumas despesas que você possa ter podem ser subtraídas de sua renda para torná-lo(la) elegível.**

1. Pensão alimentícia.  
2. Cuidados infantis ou cuidar de um membro doente/incapacitado da família.  
3. Mensalidades e taxas de educação profissionalizante (não pode ser em tempo integral).

Você ou um membro de seu agregado familiar paga atualmente por alguma das despesas listadas acima?\*

SimNão

Se tiver respondido “Sim” à pergunta acima, forneça os detalhes na seção de Deduções de renda abaixo:

No final do requerimento, será pedido que forneça documentação que comprove estas despesas. Podem ser recibos mostrando as mensalidades que pagou ou uma carta da instituição de ensino informando quanto pagou.

Despesa\* Frequência\*  
Pensão alimentícia Diariamente (todos os dias)

Cuidados infantis ou cuidar de um membro doente da família Semanalmente (uma vez por semana)

Mensalidades e taxas de ensino profissional de meio período Quinzenalmente (a cada duas semanas)

Duas vezes por mês

Quantia (antes dos impostos)\* Mensalmente (uma vez por mês)

Semestralmente (duas vezes por ano)

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

Se precisar informar despesas adicionais de dedução do agregado familiar, copie esta página e anexe-a ao requerimento.

**Locação**

Habitação subsidiada

Você reside atualmente em um imóvel em que seu aluguel aumenta ou diminui conforme a sua renda (ou seja, você tem um voucher, como a Seção 8, ou mora em uma habitação pública)?\*

SimNão

Se tiver respondido “Sim” à pergunta acima, deverá responder a seguinte pergunta:

O que causou a falta de pagamento?\*

Uma despesa única (conserto de carro, despesas de funeral, contas médicas, despesas de creche, etc.)

Uma redução temporária na renda (redução de horas, licença médica, etc.)

Perda do emprego

Informações do locador

Tipo de locador\*

Indivíduo Empresa Empresa de gestão imobiliária

Nome da empresa\*

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

Nome do locador\* Sobrenome do locador\*

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

E-mail do locador\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não tenho o e-mail do locador

Telefone do locador\* Tipo de telefone do locador\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ResidencialCelular Não tenho o número de telefone do locador

Endereço do locador

Rua/Caixa postal\* Nº do Apt./unidade Cidade\*

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

Estado\* Código postal\*

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

O locador reside na propriedade onde aluga sua unidade?\*

SimNão

Adicionar detalhes de vencimento do aluguel

Se residir em uma habitação subsidiada, o benefício máximo disponível é de 6 meses.

N de meses de atraso\* Qual é o valor do seu aluguel mensal?\*

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

Quantia total de aluguel em atraso\*

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

# Serviços públicos

## Adicionar serviço público nº 1

Tipo de serviço público\* Quantia devida \*

Água

Gás \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Energia

Óleo

Você sabe o número da conta?\* Número da conta\*

SimNão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da empresa (Nome jurídico do Provedor de serviços públicos)\* Telefone comercial do Provedor de serviços públicos\*

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

## Adicionar serviço público nº 2

Tipo de serviço público\* Quantia devida \*

Água

Gás \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Energia

Óleo

Você sabe o número da conta?\* Número da conta\*

SimNão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da empresa (Nome jurídico do Provedor de serviços públicos)\* Telefone comercial do Provedor de serviços públicos\*

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

## Adicionar serviço público nº 3

Tipo de serviço público\* Quantia devida \*

Água

Gás \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Energia

Óleo

Você sabe o número da conta?\* Número da conta\*

SimNão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da empresa (Nome jurídico do Provedor de serviços públicos)\* Telefone comercial do Provedor de serviços públicos\*

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

## Adicionar serviço público nº 4

Tipo de serviço público\* Quantia devida \*

Água

Gás \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Energia

Óleo

Você sabe o número da conta?\* Número da conta\*

SimNão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da empresa (Nome jurídico do Provedor de serviços públicos)\* Telefone comercial do Provedor de serviços públicos\*

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

# Documentos

Você deve enviar um **requerimento completo com todos os documentos necessários**para receber os benefícios.**\*\***

**\*\*OBSERVAÇÃO:***Todos os requerimentos enviados a partir de 01/08/2022 exigem uma*[Notificação para sair](https://www.mass.gov/service-details/find-out-how-to-start-the-eviction-process)*ou uma Notificação de despejo/intimação judicial para que o benefício para aluguel em atraso seja concedido.*

Além disso, incentivamos os locatários a entrar em contato com seus locadores **o quanto antes** para informá-los sobre o requerimento de assistência de emergência de pagamento de habitação. A participação dos locadores ou empresa de gestão imobiliária é necessária para concluir o processo.

A seguinte documentação é necessária para se inscrever:

1. Documento de identificação do(a) chefe da família (como uma carteira de habilitação emitida pelo estado, certidão de nascimento ou passaporte).
2. Comprovante de moradia atual (como um contrato de locação ou contrato de locação sem prazo fixo).
3. Comprovação de Crise habitacional (como uma Notificação para sair, uma Notificação de despejo, um aviso de desligamento de serviços públicos ou documentação que mostre uma incapacidade de permanecer no imóvel atual devido a saúde, segurança ou outros motivos).
4. Verificação de renda. Além disso, após o requerimento, a Agência Administrativa Regional (RAA) ou o Rental Assistance Processing (Centro de Processamento de Assistência à Locação) (RAP) responsável por processá-lo precisará verificar sua renda.

Também será solicitado que o locador forneça informações antes que possa receber os benefícios.

Para saber mais sobre a documentação necessária: <https://www.mass.gov/how-to/how-to-apply-for-raft>

## **Lista de documentos**

## ☐ Comprovação de identidade do(a) chefe da família (exemplos: documento de identificação com fotografia, carteira de habilitação, certidão de nascimento, passaporte)

## ☐ Comprovação de moradia atual (exemplos: contrato de locação ou contrato de locação sem prazo fixo)

## ☐ Verificação de crise habitacional elegível; exemplos incluem, mas **não se limitam a:**

* Notificação para sair
* Notificação de despejo/Intimação judicial
* Carta da família anfitriã se dividir um quarto
* Conta de serviços públicos com o valor em atraso ou aviso de desligamento

## Outros documentos

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ☐ Comprovação de renda (a comprovação de renda é opcional no momento do envio do requerimento. A agência que processar seu requerimento poderá entrar em contato com você posteriormente para solicitar um documento de comprovação de renda. Fornecê-lo durante a inscrição pode acelerar o tempo de processamento do seu requerimento.)

## ☐ Conta de serviços públicos (se solicitar assistência de serviços públicos)

# Revisão

**Revise as informações inseridas.**

# Certificação

Certificação do requerimento e contrato (locatário(a)/mudança)

**Declaração de afirmação**

Respondi de forma verdadeira e completa a todas as perguntas de acordo com o meu conhecimento. Entendo que, se mentir, meu requerimento poderá ser indeferido e/ou encaminhado para processo criminal.

Não recebi dinheiro de outros programas, amigos ou familiares para as despesas para as quais estou solicitando assistência do RAFT. Caso venha a receber dinheiro de um indivíduo ou outro programa para ajudar com o aluguel, informarei à RAA que está processando meu requerimento.

Entendo que o RAFT apenas pode oferecer a quantia máxima de $10.000 para aluguel atrasado e até um mês de aluguel futuro. Estou ciente de que serei responsável por pagar meu aluguel no futuro e que não poderei contar com o RAFT para pagá-lo.

**Autorização e divulgação**

Você forneceu certas informações pessoais (nome, endereço, renda, idade, etc.) sobre você, seu agregado familiar e/ou o indivíduo para o qual está enviando este requerimento (coletivamente, o(s) “Participante(s))”. Ele será usado para determinar a elegibilidade e a necessidade de assistência financeira para os programas de Residential Assistance for Families in Transition (Assistência Residencial para Famílias em Transição) (RAFT), Emergency Rental and Mortgage Assistance (Programa de Emergência de Assistência de Aluguel) (ERAP) e Emergency Rental and Mortgage Assistance (Assistência de Emergência de Aluguel e Hipoteca) (ERMA) (coletivamente, “Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação”), bem como outros programas que o Department of Housing and Community Development (Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário de Massachusetts) (DHCD) possa administrar e para cumprir os requisitos federais e estaduais de relatórios e manutenção de registros. As informações também serão utilizadas para administrar o programa habitacional, proteger o interesse financeiro público e verificar a veracidade das informações apresentadas.

Quando permitido por lei, poderão ser divulgadas para agências governamentais, autoridades locais de habitação pública, agências regionais de habitação sem fins lucrativos, prestadores de serviços e investigadores e promotores civis ou criminais. Também poderá ser usado para fins de pesquisa e avaliação de programas. Caso contrário, as informações serão mantidas em sigilo e utilizadas apenas pela equipe da Agência Regional no exercício de suas funções.

Para verificar a elegibilidade do programa, a Agência Regional fornecerá informações sobre você e/ou o(s) Participante(s) a terceiros (agências, incluindo o Executive Office of Labor and Workforce Development (Gabinete Executivo de Trabalho e Desenvolvimento da Força de Trabalho), o Department of Unemployment Assistance (Departamento de Assistência ao Desemprego) [para seguro-desemprego e outras informações sobre renda], o Department of Revenue (Departamento de Receita), o Department of Transitional Assistance (Departamento de Assistência Transitória), MassHealth e outras agências estaduais, organizações, provedores de serviços, empregadores, seu locador, seu titular de hipoteca ou indivíduos) e para receber informações suas dessas entidades. Além disso, pode ser necessário discutir ou se corresponder com outras pessoas sobre essas informações. Ao assinar abaixo, você concede permissão ao DHCD e outras entidades, conforme descrito no presente documento, para trocar informações sobre você. Se estiver enviando o requerimento em nome de outra pessoa ou pessoas, você também afirma ter o consentimento dela(s).

Além disso, pode ser necessário discutir ou se corresponder com outras pessoas sobre essas informações. Ao assinar abaixo, você concede permissão ao DHCD e outras entidades, conforme descrito no presente documento, para trocar informações sobre você. Se estiver enviando o requerimento em nome de outra pessoa ou pessoas, você também afirma ter o consentimento dela(s).

Você ou seu representante autorizado têm o direito de verificar e copiar qualquer informação coletada sobre você. Você pode se opor à coleta, manutenção, disseminação, uso, precisão, integridade ou tipo de informação que a Agência Regional mantém sobre você. Caso se oponha, investigaremos sua objeção e corrigiremos o problema ou incluiremos sua objeção no arquivo. De acordo com as legislações estaduais de privacidade, os requerentes e participantes do programa podem conceder ou negar sua permissão para compartilhar essas informações pessoais. Entretanto, não permitir que a Agência Regional compartilhe as informações necessárias pode ocasionar atraso, inelegibilidade para programas ou indeferimento.

**Obrigações do(a) participante**

Se o(a) Participante for considerado(a) elegível e receber assistência, o(a) Participante concorda em:

* Fornecer à Agência Regional todas as informações solicitadas de todas as fontes de todos os membros do agregado familiar, conforme solicitado.
* Permanecer em contato com a Agência Regional, conforme necessário, a fim de auxiliá-la no rastreamento e relatórios sobre o desempenho do programa.
* Não fazer nada propositalmente que possa comprometer a moradia atual ou o status de emprego do(a) Participante.
* Não cometer fraude ou fazer declarações falsas relacionadas aos programas de Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação.

Outras obrigações do(a) Participante:

* O(a) Participante concorda que não tem nenhum interesse financeiro na unidade de locação para a qual os recursos do programa estão sendo solicitados.
* O(A) Participante concorda que, se for aprovado(a) para a mesma necessidade de financiamento por um financiador ou fonte diferente, notificará imediatamente a Agência Regional e envidará todos os esforços para garantir que os fundos sejam devolvidos à Agência Regional ou ao outro financiador.
* O(A) Participante concorda que todos os termos, condições e disposições deste contrato se aplicam a todos os membros do agregado familiar do(a) Participante.
* O(A) Participante concorda em continuar a fazer pagamentos de habitação não cobertos pelos programas de Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação. O descumprimento de obrigações de pagamento de aluguel, hipoteca, serviços públicos ou de outras despesas sem uma causa justificável e convincente pode desqualificar o(a) Participante de qualquer Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação adicional.

Ao assinar abaixo, você afirma que recebeu o consentimento do(a) Participante para fazer o requerimento em seu nome e que o(a) informou sobre essas obrigações.

O(A) Participante concorda em continuar a fazer pagamentos de habitação não cobertos pelos programas de Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação. O descumprimento de obrigações de pagamento de aluguel, hipoteca, serviços públicos ou de outras despesas sem uma causa justificável e convincente pode desqualificar o(a) Participante de qualquer Assistência de Emergência de Pagamento de Habitação adicional.

Ao assinar abaixo, você afirma que recebeu o consentimento do(a) Participante para fazer o requerimento em seu nome e que o(a) informou sobre essas obrigações.

Ao assinar abaixo, você reconhece que entende que este requerimento não é um compromisso de assistência monetária.  
  
Ao assinar abaixo, você certifica, sob penalidades e pena de perjúrio, que todas as informações fornecidas neste requerimento são verdadeiras, completas e precisas, de acordo com o seu conhecimento. Você concorda em fazer o possível para fornecer, mediante solicitação, documentação para apoiar qualquer autocertificação, se for usada. Você certifica que você, ou o(a) Participante para o(a) qual está enviando o requerimento, não recebeu ou foi aprovado(a) para fundos de qualquer outra fonte para arcar com as mesmas despesas solicitadas acima. Você está ciente de que qualquer declaração falsa ou errônea pode resultar no indeferimento ou cancelamento deste requerimento ou em qualquer outra medida que o Department of Housing and Community Development (Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário) (“DHCD”) e/ou a Agência Regional possam considerar apropriada, incluindo processo por fraude.  
  
Esta autorização é válida por um período de 10 anos a partir da data de assinatura.

Você certifica que você, ou o(a) Participante para o(a) qual está enviando o requerimento, não recebeu ou foi aprovado(a) para fundos de qualquer outra fonte para arcar com as mesmas despesas solicitadas acima. Você está ciente de que qualquer declaração falsa ou errônea pode resultar no indeferimento ou cancelamento deste requerimento ou em qualquer outra medida que o Department of Housing and Community Development (Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário) (“DHCD”) e/ou a Agência Regional possam considerar apropriada, incluindo processo por fraude.  
  
Esta autorização é válida por um período de 10 anos a partir da data de assinatura.

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

**Assinado por Assinatura Data de assinatura**

**(Impresso: Nome, Sobrenome) (Mês/Dia/Ano)**

# Como enviar um requerimento

Para enviar este requerimento, entre em contato com a RAA local listada na página 2 deste documento.

Depois de enviá-lo, uma Agência Administrativa Regional (RAA) entrará em contato em breve.

Iremos atualizá-lo(a) sobre o status de seu requerimento durante todo o processo de aprovação pelo seu método de contato preferido. Se precisar de assistência com seu requerimento, incluindo assistência com idiomas, entre em contato com a Agência Administrativa Regional (RAA) que processa os requerimentos em sua área. Os detalhes de contato da RAA estão na página 2 deste documento.