**Solicitud de asistencia de emergencia para el pago de vivienda**

*Versión 2022.10.12*

Esta solicitud tiene como objetivo obtener asistencia de emergencia para el pago de vivienda, incluida la Asistencia Residencial para  
Familias en Transición (**RAFT**).

Puede enviar esta solicitud en papel a su Agencia Administradora Regional (RAA) local, que se indica a continuación. Presentar la solicitud desde una computadora o su teléfono inteligente en <https://applyhousinghelp.mass.gov/> también es una opción rápida y fácil.

Si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con su RAA local para obtener asistencia gratuita. La información de contacto de la RAA aparece en la página siguiente; comuníquese con la RAA que presta servicios en la parte del estado donde vive actualmente o al que se mudará.

Qr code

Description automatically generatedTambién puede encontrar su RAA más cercana en línea; toma una foto de esta imagen con su teléfono:

Salto de página

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAA** | **Dirección** | **Número de teléfono** |
| Berkshire Housing Development Corp. (BHDC), prestando servicios en los Berkshire | P.O. Box 1180, Pittsfield, MA  01202-1180 | (413) 499-1630 x168 |
| Community Teamwork, Inc. (CTI), prestando servicios en North Shore | 17 Kirk Street, Lowell, MA 01852 | (978) 459-0551 |
| Housing Assistance Corp. (HAC), prestando servicios en Cabo Cod y las islas | 460 West Main Street, Hyannis, MA 02601 | (508) 771-5400 |
| Way Finders, Inc., prestando servicios en los condados de Springfield y Hampden | 1780 Main Street, Springfield, MA 01103 | (413) 233-1600 |
| Metro Housing Boston, prestando servicios en el área metropolitana de Boston | 1411 Tremont Street, Boston, MA 02120 | (617) 425-6700 |
| RCAP Solutions, prestando servicios en el condado de Worcester | 191 May Street, Worcester, MA 01602 | (978) 630-6771 |
| South Middlesex Opportunity Council, Inc. (SMOC), prestando servicios en Metro West, incluido Framingham | 7 Bishop Street, Framingham, MA 01702 | (508) 872-0765 |
| Neighbor Works Housing Solutions, prestando servicios en South Shore y South Coast | 169 Summer Street, Kingston, MA 02364 | (781) 422-4204 |
| Lynn Housing Authority y Neighborhood Development (LHAND), prestando servicios en Lynn | LHAND Family Success Center, 39 Curwin Terrace, Lynn, MA 01905 | (339) 883-2342 |
| Franklin County Regional Housing & Redevelopment Authority, prestando servicios en el condado de Franklin | 241 Millers Falls Road, Turners Falls, MA 01376 | (413) 863-9781 |
| Central Massachusetts Housing Alliance (CMHA), restando servicios en el condado de Worcester | 6 Institute Road, PO Box 3, Worcester, MA 01609 | (774) 243-3872 |

Puede obtener información sobre el programa de Asistencia Residencial para Familias en Transición (RAFT): quién es elegible y qué beneficios están disponibles en <https://www.mass.gov/service-details/residential-assistance-for-families-in-transition-raft-program>

Secciones de solicitud:

1. Situación de vida
2. Instrucciones
3. Preselección
4. Información del solicitante
5. Integrantes del hogar adicionales
6. Ingresos
7. Deducción del hogar
8. Alquiler
9. Documentos
10. Revisar
11. Certificación
12. Cómo presentar una solicitud

# Situación de vida

Seleccione la frase que mejor describa su situación de vida\*

Inquilino que se queda: Alquila su apartamento/casa y busca ayuda para quedarse en el mismo lugar.

 Me estoy por mudar: Tengo que dejar el lugar en el que me encuentro actualmente (es decir, no tengo hogar, duermo en casas de otras personas o vivo en condiciones poco seguras).

Propietario de vivienda: Vive en su casa y busca ayuda para pagar la hipoteca para quedarse allí o ayuda para otros gastos de vivienda.

¿Hay alguien más, como un defensor, a quien debamos enviar también información sobre el estado de su solicitud?\*

Sí No

Si respondió “Me estoy por mudar: Necesito irme de donde me hospedo actualmente (por ejemplo, no tengo hogar, duermo en casas de otras personas o vivo en condiciones poco seguras)” en la pregunta anterior, debe responder las siguientes 2 preguntas:

¿Conoce al nuevo propietario de la vivienda a la que se va a mudar?\*

Sí No

Todavía puede hacer la solicitud si no tiene una nueva unidad/un nuevo locador y tiene previsto tener una unidad en un plazo de 60 días. Si tiene una unidad y un locador, proporcionar un correo electrónico de contacto de su nuevo locador ayudará a que su solicitud se procese más rápido.

¿Tiene previsto mudarse en los próximos 60 días? \*

Sí No

Vuelva a presentar su solicitud dentro de 60 días de su mudanza prevista.

En este momento, la solicitud de Asistencia de Emergencia para el Pago de la Vivienda de MA no está aceptando solicitudes de propietarios de viviendas. Los propietarios de viviendas que necesiten ayuda hipotecaria u otro tipo de asistencia para la vivienda pueden presentar una solicitud para el nuevo programa del Fondo de Asistencia para Propietarios de Viviendas (HAF).Consulte <https://massmortgagehelp.org/> para obtener más información sobre el HAF y comprobar si reúne los requisitos necesarios.. También puede llamar al Centro de atención telefónica de HAF al (833) 270 – 2953 o llamar al 2-1-1 para obtener más información y presentar una solicitud.

# Instrucciones

Instrucciones para completar la solicitud

La solicitud de asistencia de emergencia para el pago de vivienda es gratuita. No debe pagar una tarifa para presentar la solicitud y hay ayuda gratuita disponible para completar las solicitudes. Tenga cuidado con las estafas de personas que cobran una “tarifa para presentar la solicitud” para ayudar a enviar una solicitud. Si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con su RAA local para obtener asistencia gratuita.

**Tenga en cuenta que a partir del 1 de agosto de 2022, el programa de Asistencia de Emergencia para el Pago de la Vivienda tiene un límite de beneficios de $10,000 y un límite de elegibilidad de ingresos del 50 % del ingreso promedio del área**  
  
NOTA PARA PERSONAS QUE PRESENTAN LA SOLICITUD EN LÍNEA: Esta solicitud de ayuda para el alquiler le llevará entre 20 y 30 minutos. Puede guardar y retomar esta solicitud más tarde, pero le pedimos que la complete en un plazo de 21 días. Una vez transcurridos los 21 días, las solicitudes incompletas se cancelarán y tendrá que iniciar una nueva solicitud si todavía desea presentarla.

En la solicitud se le pedirá que indique lo siguiente:

* La vivienda actual de la familia y los problemas que puedan estar afrontando
* Los nombres, las fechas de nacimiento y los números de seguro social de todos los miembros de la familia. No es necesario incluir el número de seguro social si no lo tienen.
* Los ingresos totales del hogar
* El tipo de ayuda que se necesita
* La información de contacto del locador. Todavía puede hacer la solicitud si no tiene una nueva unidad/un nuevo locador, y planea mudarse dentro de 60 días.

También tendrá que presentar la siguiente documentación La solicitud se tramitará más rápidamente si incluye todos estos documentos:

* Documento de identidad del jefe de familia</li>
* Comprobante de la crisis de vivienda (por ejemplo, una notificación de desalojo o una carta en la que se diga que el hogar se ha retrasado en el pago del alquiler)</li>
* Un comprobante de la vivienda (por ejemplo, un contrato de arrendamiento)

La agencia también puede solicitar documentación adicional que demuestre los ingresos del hogar.

[Para obtener más información sobre la documentación requerida: https://www.mass.gov/how-to/how-to-apply-for-raft](https://massgov.sharepoint.com/sites/OCD-Teams-DHSEndtoEndSolution/Shared%20Documents/General/02_JointAppDesign%20Documents/Paper%20Applications/Tenant%20App/To%20learn%20more%20about%20required%20documentation:%20%20https:/www.mass.gov/how-to/how-to-apply-for-raft)

Después de presentar la solicitud, un administrador de casos de una Agencia Regional de Administración (RAA) se pondrá en contacto con usted. Responda rápidamente cuando lo haga.

Si usted es un Defensor o desea que brindemos información sobre su solicitud a una organización de defensores, amigo o familiar, complete la sección Detalles del Defensor a continuación.

# Detalles del Defensor

Nombre del defensor\* Inicial del Segundo Apellido\*  
 nombre del defensor

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

Relación con el Solicitante\* Número de teléfono del defensor Correo electrónico del defensor \*

Organización defensora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Amigo   
 Familiar

Marque con un círculo el idioma de preferencia de la persona por la que presenta la solicitud\*

Text

Description automatically generated with medium confidence

Marque esta casilla para confirmar que tiene el consentimiento para presentar esta solicitud en nombre del solicitante.

Marque esta casilla para confirmar que tiene consentimiento para comunicarse con respecto a esta solicitud en nombre del cliente.

**Preselección**

Incluido usted, ¿cuántas personas viven en su casa? Incluya a los hijos, familiares, compañeros de cuarto u otras personas que vivan con usted.

Cant. de miembros del hogar\* Ingreso anual del hogar \*

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

¿Dónde vive ahora? \*   
Calle/Apartado de correos \* Departamento/ Ciudad \*   
 Unidad núm. #

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

Estado\* Código postal\*

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

Si indicó anteriormente que se mudará a una nueva unidad, proporcione la dirección de la unidad a la que se mudará. Si aún no tiene una unidad asegurada, en la sección a continuación, solo indique la ciudad o el pueblo al que podría mudarse. \*

¿Dónde vive ahora? \*   
Calle/Apartado de correos \* Departamento/ Ciudad \*   
 Unidad núm. #

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

Estado\* Código postal\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabaja usted o algún familiar directo en una organización que administre RAFT, ERAP o HomeBASE?\*

Sí No

Si la respuesta es “sí”, ¿cómo se llama?\*

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

¿Figura el nombre del inquilino en el contrato de alquiler?\*

Sí No

Si la respuesta es “no”, se necesitará un contrato de subalquiler firmado que indique quién es el inquilino principal y las fechas de subalquiler. Aviso: Los fondos solo pueden pagarse al dueño de la propiedad; no pueden pagarse al inquilino principal que ofrece el subalquiler.

¿Piensa utilizar el vale de alquiler en la nueva unidad, como el MRVP, la Sección 8 o el vale de vivienda de emergencia?\*

Sí No

Dificultades

Cuéntenos las dificultades que ha tenido.

Yo, o alguien de mi hogar:\*

Ha perdido un trabajo

Ha cobrado el subsidio de desempleo

Ha tenido menos ingresos de los habituales (un sueldo más bajo, menos horas o menos clientes si es autónomo)

Ha tenido que faltar al trabajo, dejar de trabajar, o trabajar menos horas debido a una necesidad médica o de salud

Ha tenido que faltar al trabajo o dejar de trabajar para cuidar a alguien con necesidades médicas o de salud

Ha tenido que faltar al trabajo, dejar de trabajar o trabajar menos horas porque el colegio o la guardería de su hijo estaban cerrados, o porque su hijo tenía clases en línea

Ha tenido un compañero de cuarto o un miembro de la familia que se ha mudado, ha dejado de pagar el alquiler o ha fallecido, lo que le ha dejado con mayores costos de vivienda

Ha tenido facturas más altas de lo habitual (por ejemplo, facturas médicas, gastos de transporte, gastos de guardería, gastos funerarios, alquiler, servicios públicos, etc.)

Ha tenido ingresos demasiado bajos para pagar los gastos básicos del hogar (por ejemplo, comida, ropa, alquiler, servicios públicos, artículos de limpieza, etc.)

Asegúrese de seleccionar al menos un valor en las secciones Mudanza - Crisis de vivienda, Inquilino - Crisis de vivienda o Asistencia de servicios públicos a continuación.

Mudanza - Crisis de vivienda

Si respondió “Me estoy por mudar: Necesito irme de donde me hospedo actualmente…” en Situación de vivienda anteriormente, use la sección a continuación para resaltar todas y cada una de las necesidades de vivienda que describen su situación actual. (Marque todo lo que corresponda)

He recibido un aviso de desalojo que dice que mi contrato de alquiler se rescindirá si no pago todo el alquiler que debo.

No tengo un contrato de alquiler vigente y he recibido un aviso de que tengo que dejar mi residencia. He acudido a un tribunal o tengo una cita con un tribunal por desalojo

Me han desalojado a través de un proceso judicial y tengo que dejar mi casa.

Me quedo en casas de otras personas o comparto alojamiento, y ya no puedo quedarme.

Actualmente no tengo hogar (por ejemplo, duermo en un refugio, en un coche o al aire libre).

Alguien con quien vivo me está haciendo daño, amenazando con hacerme daño o haciendo que yo o mi familia nos sintamos inseguros

El Consejo de Salud o mi proveedor de atención médica dicen que tengo que dejar mi residencia porque la unidad no es segura o saludable para mí.

Otro: (Explique las circunstancias que lo harán quedarse sin hogar en un plazo de 30 días)

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

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

Inquilino - Crisis de vivienda

Si respondió “Inquilino que se queda…” en Situación de vida anteriormente, utilice la siguiente sección para destacar todas y cada una de las necesidades de vivienda o servicios públicos que describan su situación actual. (Marque todas las opciones que correspondan)

He recibido un aviso de desalojo del locador que dice que debo el alquiler

He acudido a un tribunal o tengo una cita con un tribunal por desalojo

Me han desalojado a través de un proceso judicial y tengo que dejar mi casa.

Alguien con quien vivo me está haciendo daño, amenazando con hacerme daño o haciendo que yo o mi familia nos sintamos inseguros

Ayuda con los servicios públicos (marque todas las opciones lo que correspondan)

He recibido un aviso de corte de servicios públicos

Me han cortado los servicios públicos

Mi tanque de gasóleo o gas de calefacción está vacío y no puedo pagar para rellenarlo

Si hay una próxima fecha en la corte asociada con la crisis que seleccionó anteriormente, ¿cuándo es esa próxima fecha en la corte?

(MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No lo sé

Solicitud del locador

¿Ha recibido una confirmación por correo electrónico del Programa RAFT/ERAP/HomeBASE de MA de que su locador ha presentado una solicitud?\*

Sí No

Si respondió “sí” a la pregunta anterior “¿Ha recibido una confirmación por correo electrónico…..de que su locador ha presentado una solicitud?”, introduzca el código de solicitud del locador que figura en el correo electrónico de confirmación,

Código de solicitud del locador\*

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

**Detalles del solicitante**

Información de la solicitud

Nombre\* Inicial del segundo Apellido\* Sufijo  
 nombre

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

Fecha de nacimiento\* (MM/DD/AAAA) Edad

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

Género\*

Masculino Femenino No binario Transgénero

No contesta

Número de seguro social\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No tengo número de seguro social (SSN)

Raza \* Etnia \*  
 Indoamericano o nativo de Alaska Hispano/latino

 Asiático No hispano/no latino

 Blanco Sin respuesta

 Negro o afroamericano

 Nativa/o de Hawái o de otra isla del Pacífico

 Multirracial

 Sin respuesta

Situación laboral\* Tipo de identificación \*  
Empleado a tiempo completo Licencia de conducir

Empleado a tiempo parcial Identificación estatal

Autónomo  Pasaporte de los EE. UU.

Desempleado  Documento de identidad militar

Estudiante Identificación de dependiente militar

Jubilado  Certificado de nacimiento

Discapacitado Pasaporte extranjero válido

Certificado de ciudadanía

Certificado de naturalización

Tarjeta de residente permanente de los   
 EE. UU.

Identificación de viajero de confianza (Global   
 Entry, FAST, SENTRI, NEXUS)

Tarjeta tribal mejorada

Identificación tribal de nativo americano con   
 fotografía

Si eligió "Licencia de conducir" como tipo de identificación, debe proporcionar el estado de su licencia de conducir y su número de licencia a continuación:

Estado de la licencia de conducir\* Número de la licencia de conducir\*

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

Dirección postal del solicitante

Calle/Casilla postal\* N.º de apartamento/unidad Ciudad

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

Estado\* Código postal\*

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

Información de contacto del solicitante

Número de teléfono\*

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

Tipo de teléfono\*

CasaMóvil

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto relacionados con la asistencia para la vivienda. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.\*

Sí No

Correo electrónico\*

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

Método de contacto preferido\* Idioma preferido Correo electrónico  Inglés

Teléfono Español

Portugués

Chino tradicional

Criollo haitiano

Jemer

Ruso

Vietnamita

# Otros miembros del hogar

Incluya información sobre el número de miembros del hogar que dijo que viven con usted en la Preselección.

## Otros miembros del hogar #1

Nombre\* Apellido\*

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

Fecha de nacimiento\* (MM/DD/AAAA) Edad

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este miembro no tiene número de seguro   
 social (SSN)

Género\*

Masculino Femenino No binario Transgénero

No contesta

Relación con el jefe de familia\*

 Cónyuge

 Hijo/a

 Padre/madre

 Otro miembro de la familia

 Compañero de habitación

Raza \* Etnia \*  
 Indoamericano o nativo de Alaska Hispano/latino

 Asiático No hispano/no latino

 Blanco Sin respuesta

 Negro o afroamericano

 Nativa/o de Hawái o de otra isla del Pacífico

 Multirracial

 Sin respuesta

## Otros miembros del hogar #2

Nombre\* Apellido\*

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

Fecha de nacimiento\* (MM/DD/AAAA) Edad

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este miembro no tiene número de seguro   
 social (SSN)

Género\*

Masculino Femenino No binario Transgénero

No contesta

Relación con el jefe de familia\*

 Cónyuge

 Hijo/a

 Padre/madre

 Otro miembro de la familia

 Compañero de habitación

Raza \* Etnia \*  
 Indoamericano o nativo de Alaska Hispano/latino

 Asiático No hispano/no latino

 Blanco Sin respuesta

 Negro o afroamericano

 Nativa/o de Hawái o de otra isla del Pacífico

 Multirracial

 Sin respuesta

## Otros miembros del hogar #3

Nombre\* Apellido\*

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

Fecha de nacimiento\* (MM/DD/AAAA) Edad

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este miembro no tiene número de seguro   
 social (SSN)

Género\*

Masculino Femenino No binario Transgénero

No contesta

Relación con el jefe de familia\*

 Cónyuge

 Hijo/a

 Padre/madre

 Otro miembro de la familia

 Compañero de habitación

Raza \* Etnia \*  
 Indoamericano o nativo de Alaska Hispano/latino

 Asiático No hispano/no latino

 Blanco Sin respuesta

 Negro o afroamericano

 Nativa/o de Hawái o de otra isla del Pacífico

 Multirracial

 Sin respuesta

## Otros miembros del hogar #4

Nombre\* Apellido\*

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

Fecha de nacimiento\* (MM/DD/AAAA) Edad

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

SSN/TIN\*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este miembro no tiene número de seguro   
 social (SSN)

Género\*

Masculino Femenino No binario Transgénero

No contesta

Relación con el jefe de familia\*

 Cónyuge

 Hijo/a

 Padre/madre

 Otro miembro de la familia

 Compañero de habitación

Raza \* Etnia \*  
 Indoamericano o nativo de Alaska Hispano/latino

 Asiático No hispano/no latino

 Blanco Sin respuesta

 Negro o afroamericano

 Nativa/o de Hawái o de otra isla del Pacífico

 Multirracial

 Sin respuesta

Si necesita agregar miembros adicionales de la familia, copie esta página y adjúntela a la solicitud.

**Ingresos**

Indique aquí los ingresos/salarios/sueldos, antes de impuestos

¿Usted o su(s) familiar(es) tiene(n) algún ingreso por su trabajo actual?\*

Sí No

¿Recibe(n) usted o su(s) familiar(es) algún ingreso del Seguro social (SSI) o Ingreso por discapacidad del seguro social (SSDI)?\*

Sí No

¿Recibe(n) usted o su(s) familiar(es) algún ingreso por jubilación del seguro social o pensión/jubilación de un trabajo anterior?\*

Sí No

¿Recibe(n) usted o su(s) familiar(es) algún tipo de manutención para los hijos, pensión alimenticia/manutención del cónyuge o manutención de los hijos adoptivos? \*

Sí No

Declare los ingresos por discapacidad, la indemnización del trabajador, los ingresos por inversiones o cualquier otro dinero que usted o su familia reciban con regularidad.

¿Usted o su(s) familiar(es) tiene(n) algún ingreso que declarar?\*

Sí No

.

(Seleccione el siguiente cuadro a continuación solo si la respuesta se aplica a usted).  
Afirmo que no tengo ingresos, y entiendo que la organización que procesa mi solicitud puede verificar que esto es cierto.

Según las preguntas anteriores, si ha mencionado que el hogar tiene salarios, SSI o SSDI, ingresos o pensiones de jubilación, manutención de niños, manutención del cónyuge o manutención de niños de crianza, otros ingresos, proporcione los detalles de sus ingresos aquí.

# Ingresos

Nota: se le pedirá que acredite los ingresos que declare con documentación como la siguiente:

* Dos recibos de sueldo fechados en los últimos 60 días
* Copia(s) impresa(s) de desempleo que muestre(n) el importe del pago semanal
* Carta(s) de asignación de beneficios como el seguro social, TAFDC, SNAP, MassHealth, etc.

## Miembro del hogar Ingreso 1

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año)

## Miembro del hogar Ingreso 2

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año)

## Miembro del hogar Ingreso 3

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año)

## Miembro del hogar Ingreso 4

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año) TableChair20

## Miembro del hogar Ingreso 4

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año)

## Miembro del hogar Ingreso 5

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año)

## Miembro del hogar Ingreso 6

Miembro del hogar Nombre Apellido\* Tipo de ingresos

Ingresos/sueldos/salarios obtenidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro de desempleo

Asistencia temporal para familias necesitadas   
 (TANF)

Programa de Asistencia Nutricional   
 Suplementaria (SNAP)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Seguro por Discapacidad del Seguro Social   
 (SSDI)

Ingresos por jubilación del seguro social

Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo

anterior

Pensión de veteranos

Manutención del cónyuge o de otro tipo

 Manutención de hijos adoptivos

Seguro privado de invalidez

Pensión de invalidez no relacionada con el   
 servicio de la AV

Indemnización por discapacidad relacionada con   
 el servicio de la AV

Indemnización por accidente de trabajo

Estipendio del programa de formación

¿Con qué frecuencia le pagan? \* Monto? \*

A diario (todos los días)

Semanalmente (una vez a la semana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quincenalmente (cada dos semanas)

Bimensualmente (dos veces al mes)

Mensualmente (una vez al mes)

Semestralmente (dos veces al año)

Anualmente (una vez al año)

Si necesita declarar ingresos adicionales, copie esta página y adjúntela a la solicitud.

**Deducción del hogar**

**Algunos gastos que podría tener se pueden restar de sus ingresos para que sea elegible.**

1. Manutención de niños.  
2. Cuidado de niños o cuidado de un miembro del hogar enfermo/incapacitado.  
3. Matrícula y tasas para la educación relacionada con la formación profesional (no puede ser a tiempo completo).

¿Usted o un miembro de su hogar paga actualmente alguno de los gastos mencionados anteriormente?\*

Sí No

Si respondió “sí” a que usted o un miembro de su hogar actualmente pagan alguno de los gastos enumerados anteriormente, proporcione detalles en la sección Deducciones de ingresos a continuación:

Al final de la solicitud, se le pedirá que proporcione documentación que demuestre estos gastos. Estos pueden ser recibos que muestren la matrícula que pagó o una carta de la institución educativa donde se indique cuánto pagó.

Gasto\* Frecuencia\*  
Manutención de niños Diario (todos los días)

Cuidado de niños o cuidado de un miembro del hogar enfermo Semanal (una vez a la semana)

Matrícula y tarifas para la formación profesional a tiempo parcial Quincenal (cada dos semanas)

Bimensual (dos veces al mes)

Monto (antes de impuestos)\* Mensual (una vez al mes)

Semestral (dos veces al año)

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

Si necesita informar gastos adicionales del hogar para su deducción, copie esta página y adjúntela a la solicitud

**Alquiler**

Vivienda subsidiada

¿Vive actualmente en una vivienda donde su alquiler sube o baja cuando su ingreso sube o baja (es decir, tiene un vale, como la Sección 8, o vive en una vivienda pública)?\*

SíNo

Si respondió “sí” a la pregunta anterior “¿Vive actualmente en una vivienda donde su alquiler sube o baja cuando su ingreso sube o baja (es decir, tiene un vale, como la Sección 8, o vive en una vivienda pública)?” se le pide que responda la siguiente pregunta:

¿Qué causó la falta de pago?\*

Un gasto único (reparación de automóviles, gastos funerarios, facturas médicas, gastos de cuidado de niños, etc.)

Una reducción temporal de los ingresos (reducción de horas, licencia por motivos médicos, etc.)

Pérdida de un trabajo

Información del arrendador

Tipo de arrendador\*

Individual Compañía Empresa de administración de propiedades

Nombre de la empresa\*

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

Nombre del arrendador\* Apellido del arrendador\*

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

Correo electrónico del arrendador\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No tengo el correo electrónico del arrendador.

Teléfono del arrendador\* Tipo de teléfono del arrendador\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HogarMóvil No tengo el número de teléfono del arrendador

Dirección del arrendador

Calle/Casilla postal\* N.º de apartamento/unidad Ciudad

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

Estado\* Código postal\*

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

¿Su arrendador vive en la propiedad donde alquila su unidad?\*

SíNo

Agregar detalles de alquileres adeudados

Si vive en una vivienda subsidiada, el beneficio máximo disponible es de 6 meses

Cantidad de meses atrasados\* ¿De cuánto es su alquiler mensual?\*

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

Alquiler adeudado total\*

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

# Servicio público

## Agregar Servicio público 1

Tipo de servicio público\* Monto adeudado\*

Agua

Gas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Electricidad

Combustible

¿Conoce el número de cuenta?\* Número de cuenta\*

SíNo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la empresa (nombre comercial legal del proveedor de servicios públicos)\* Teléfono comercial legal del proveedor de servicios públicos\*

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

## Agregar Servicio público 2

Tipo de servicio público\* Monto adeudado\*

Agua

Gas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Electricidad

Combustible

¿Conoce el número de cuenta?\* Número de cuenta\*

SíNo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la empresa (nombre comercial legal del proveedor de servicios públicos)\* Teléfono comercial legal del proveedor de servicios públicos\*

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

## Agregar Servicio público 3

Tipo de servicio público\* Monto adeudado\*

Agua

Gas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Electricidad

Combustible

¿Conoce el número de cuenta?\* Número de cuenta\*

SíNo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la empresa (nombre comercial legal del proveedor de servicios públicos)\* Teléfono comercial legal del proveedor de servicios públicos\*

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

## Agregar Servicio público 4

Tipo de servicio público\* Monto adeudado\*

Agua

Gas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Electricidad

Combustible

¿Conoce el número de cuenta?\* Número de cuenta\*

SíNo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la empresa (nombre comercial legal del proveedor de servicios públicos)\* Teléfono comercial legal del proveedor de servicios públicos\*

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

# Documentos

Debe enviar una **solicitud completa con todos los documentos necesarios**para recibir beneficios.**\*\***

**\*\*NOTA:***Toda solicitud enviada a partir del 1 de agosto de 2022 requiere un*[aviso de desalojo](https://www.mass.gov/service-details/find-out-how-to-start-the-eviction-process)*o un aviso de desahucio/citación judicial para que se apruebe el alquiler adeudado.*

Además, alentamos a los inquilinos a comunicarse **temprano** con sus propietarios e informarles sobre su asistencia de emergencia para el pago de vivienda. Los arrendadores o administradores de propiedades serán necesarios para completar el proceso.

Se requiere la siguiente documentación para presentar la solicitud:

1. Identificación del jefe de familia (como una licencia de conducir emitida por el estado, un certificado de nacimiento o un pasaporte)
2. Prueba de vivienda actual (como un contrato de alquiler, contrato de arrendamiento o contrato de arrendamiento a voluntad)
3. Verificación de crisis de vivienda (como un aviso de desalojo, un aviso de desahucio, un aviso de corte de servicios públicos o documentación que demuestre la incapacidad de permanecer en su hogar actual debido a razones de salud, seguridad u otras)
4. Verificación de ingresos. Además, después de presentar la solicitud, la Agencia Administradora Regional (RAA) o el Centro de Procesamiento de Asistencia de Alquiler (RAP) que procesa su solicitud deberán verificar sus ingresos.

También se le pedirá a su arrendador que proporcione información antes de que usted reciba los beneficios.

Para obtener más información sobre la documentación requerida: <https://www.mass.gov/how-to/how-to-apply-for-raft>

## **Lista de documentos**

## ☐ Prueba de identidad para el jefe de familia (por ejemplo, identificación con foto, licencia, certificado de nacimiento, pasaporte)

## ☐ Comprobante de vivienda actual (por ejemplo, contrato de alquiler o contrato de arrendamiento a voluntad)

## ☐ Verificación de crisis de vivienda elegible; los ejemplos incluyen, **entre otros:**

* Aviso de desalojo
* Aviso de desahucio/citación judicial
* Carta de la familia anfitriona si ya no puede quedarse en la casa que se comparte
* Factura de servicios públicos que muestre el monto adeudado o el aviso de corte

## Otros documentos

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ☐ Prueba de ingresos (La prueba de ingresos es opcional al momento de enviar la solicitud. La agencia que procesa su solicitud puede comunicarse con usted en un momento posterior para solicitar una prueba de ingresos. Proporcionar la solicitud ahora puede acelerar el tiempo de procesamiento).

## ☐ Factura de servicios públicos (Si solicita asistencia de servicios públicos)

# Revisar

**Revise la información que ingresó.**

# Certificación

Certificación de solicitud y contrato (inquilino/persona que se muda)

**Declaración de afirmación**

He respondido de forma veraz y completa a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Entiendo que si miento, mi solicitud puede ser denegada y/o remitida para un proceso penal.

Todavía no he recibido dinero de otros programas, amigos ni familiares para los costos que le solicito a RAFT que me ayude a cubrir. Si recibo dinero de otra persona o programa para ayudar a pagar el alquiler, se lo comunicaré a la RAA que procesa mi solicitud.

Entiendo que RAFT solo puede pagar hasta $10,000 en concepto de pagos adeudados de alquiler y hasta un mes de alquiler futuro. Entiendo que seré responsable de pagar mi alquiler en el futuro y no puedo depender de RAFT para pagar mi alquiler.

**Autorización y exención de responsabilidad**

Ha proporcionado cierta Información personal (nombre, dirección, ingresos, edad, etc.) sobre usted, su hogar y/o la persona en cuyo nombre está presentando la solicitud (en conjunto, los “Participantes”). Se utilizará para determinar la elegibilidad y la necesidad de asistencia financiera para los programas de Asistencia Residencial para Familias en Transición (RAFT), Programa de  
Asistencia de Emergencia para el Alquiler (ERAP) y Asistencia Hipotecaria y de Alquiler de Emergencia (ERMA) (en conjunto, “Asistencia de Pago de Vivienda de Emergencia”), así como otros programas que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Massachusetts (DHCD) pueda administrar, y para cumplir con los requisitos federales y estatales de presentación de informes y mantenimiento de registros. La información también se utiliza para administrar el programa de vivienda, para proteger el interés financiero público y para verificar la exactitud de la información presentada.

Cuando lo permita la ley, la información puede divulgarse a agencias gubernamentales, autoridades locales de vivienda pública, agencias regionales de vivienda sin fines de lucro, proveedores de servicios e investigadores y fiscales civiles o penales. También se puede utilizar con fines de investigación y evaluación de programas. De lo contrario, se mantendrá la confidencialidad de la información y solo será utilizada por el personal de la Agencia Regional en el ejercicio de sus funciones.

Para verificar la elegibilidad del programa, la Agencia Regional proporcionará información sobre usted y/o el Participante a otros (agencias, incluida la Oficina Ejecutiva de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral, el Departamento de Asistencia por Desempleo [para seguro de desempleo y otra información sobre ingresos], el Departamento de Ingresos, el Departamento de Asistencia Transitoria, MassHealth y otras agencias estatales, organizaciones, proveedores de servicios, empleadores, su arrendador, su acreedor hipotecario o individuos) y recibir información de esas entidades sobre usted. Además, puede ser necesario analizar o mantener correspondencia con otras partes con respecto a esta información. Al firmar a continuación, otorga permiso al DHCD y otras entidades, como se describe en este documento, para intercambiar información sobre usted. Si presenta la solicitud en nombre de otra persona o personas, afirma que también tiene su consentimiento.

Además, puede ser necesario analizar o mantener correspondencia con otras partes con respecto a esta información. Al firmar a continuación, otorga permiso al DHCD y otras entidades, como se describe en este documento, para intercambiar información sobre usted. Si presenta la solicitud en nombre de otra persona o personas, afirma que también tiene su consentimiento.

Usted o su representante autorizado tienen derecho a inspeccionar y copiar cualquier información recopilada sobre usted. Puede oponerse a la recopilación, la conservación, la distribución, el uso, la precisión, la integridad o el tipo de información que la Agencia Regional tiene sobre usted. Si se opone, investigaremos su objeción y corregiremos el problema o incluiremos su objeción en su expediente. Según las leyes estatales de privacidad, los solicitantes y los participantes del programa pueden dar o negar su permiso para compartir esta información personal. Sin embargo, no permitir que la Agencia Regional comparta la información requerida puede resultar en demoras, inhabilitación de los programas o su finalización.

**Obligaciones de los Participantes**

Si se determina que el Participante es elegible y recibe asistencia, el Participante acepta lo siguiente:

* Proporcionarle a la Agencia Regional toda la información solicitada de todas las fuentes para todos los miembros del hogar, según lo solicitado.
* Permanecer en contacto con la Agencia Regional, según lo necesite la Agencia Regional, para ayudar a la Agencia Regional con el seguimiento y la presentación de informes sobre el desempeño del programa.
* No hacer nada deliberadamente que pueda poner en peligro la situación laboral o de vivienda actual del Participante.
* No cometer fraude ni hacer declaraciones falsas en relación con los programas de asistencia de pago de vivienda de emergencia.

Otras obligaciones del Participante:

* El Participante acepta que no tiene ningún interés financiero en la unidad de alquiler para la cual se utilizan los fondos del programa.
* El Participante acepta que si un financiador o fuente diferente lo aprueba para la misma necesidad de financiamiento, notificará de inmediato a la Agencia Regional y hará todo lo posible para garantizar que los fondos se devuelvan a la Agencia Regional o al otro financiador.
* El Participante acepta que todos los términos, condiciones y disposiciones de este contrato se aplican a todos los miembros del hogar del Participante.
* El Participante acepta continuar haciendo pagos de vivienda no cubiertos por los programas de Asistencia de Pago de Vivienda de Emergencia. El incumplimiento en el alquiler, la hipoteca, los servicios públicos u otras obligaciones de pago sin una causa justificable convincente puede descalificar al Participante para recibir cualquier asistencia de pago de vivienda de emergencia adicional.

Al firmar a continuación, afirma que ha recibido el consentimiento del Participante para presentar la solicitud en su nombre y ha informado al Participante de estas obligaciones.

 El Participante acepta continuar haciendo pagos de vivienda no cubiertos por los programas de Asistencia de Pago de Vivienda de Emergencia. El incumplimiento en el alquiler, la hipoteca, los servicios públicos u otras obligaciones de pago sin una causa justificable convincente puede descalificar al Participante para recibir cualquier asistencia de pago de vivienda de emergencia adicional.

Al firmar a continuación, afirma que ha recibido el consentimiento del Participante para presentar la solicitud en su nombre y ha informado al Participante de estas obligaciones.

Al firmar a continuación, reconoce que comprende que esta solicitud no es un compromiso de asistencia monetaria.  
  
Al firmar a continuación, certifica bajo pena de perjurio que toda la información provista en esta solicitud es verdadera, completa y precisa según su leal saber y entender. Usted acepta hacer todo lo posible para proporcionar, previa solicitud, documentación para respaldar cualquier autocertificación, en caso de usarse. Certifica que usted, o el Participante en cuyo nombre está presentando la solicitud, no ha recibido ni ha sido aprobado para recibir fondos de ninguna otra fuente para pagar los mismos gastos para lo que solicitó asistencia anteriormente. Usted comprende que cualquier declaración falsa o tergiversación puede provocar el retiro o la denegación de esta solicitud o cualquier otra acción que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (“DHCD”) y/o la Agencia Regional puedan considerar apropiada, incluido el enjuiciamiento por fraude.  
  
Esta autorización es válida por un período de 10 años a partir de la fecha de la firma.

Certifica que usted, o el Participante en cuyo nombre está presentando la solicitud, no ha recibido ni ha sido aprobado para recibir fondos de ninguna otra fuente para pagar los mismos gastos para lo que solicitó asistencia anteriormente. Usted comprende que cualquier declaración falsa o tergiversación puede provocar el retiro o la denegación de esta solicitud o cualquier otra acción que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (“DHCD”) y/o la Agencia Regional puedan considerar apropiada, incluido el enjuiciamiento por fraude.  
  
Esta autorización es válida por un período de 10 años a partir de la fecha de la firma.

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

**Firmado por Firma Fecha de la firma**

**(En letra de molde: Nombre, Apellido) (Mes/Día/Año)**

# Cómo enviar una solicitud

Para enviar esta solicitud, comuníquese con su RAA local, que figura en la página 2 de esta solicitud.

Una vez que envíe su solicitud, la Agencia Administradora Regional (RAA) se comunicará a la brevedad.

Lo actualizaremos sobre el estado de su solicitud durante todo el proceso de aprobación utilizando su método de contacto preferido. Si necesita ayuda con su solicitud, incluida la asistencia con el idioma, comuníquese con la Agencia Administradora Regional (RAA) que procesa las solicitudes en su área. Los datos de contacto de la RAA aparecen en la página 2 de esta solicitud.