

Заявление на получение срочного пособия на аренду жилья (Emergency Rental Assistance)

Кто подает заявление? Арендатор Арендодатель (от имени арендатора)

Информация об арендаторе			
Фамилия	Имя	Номер социального обеспечения (SSN)#	
Адрес	Город	Почтовый индекс	Округ
Телефон	Адрес электронной почты		Дата
Состав семьи: количество взрослых членов семьи _____ количество детей до 18 лет _____			
Испытывал ли кто-либо из членов вашей семьи финансовые трудности, включающие, наряду с прочим, безработицу, снижение доходов семьи или повышение ее расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, то были ли эти трудности напрямую или косвенно вызваны пандемией COVID-19? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Подвергается ли кто-либо из членов вашей семьи риску выселения или столкнулся с нестабильной ситуацией с жильем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Получал ли кто-либо из членов вашей семьи пособие на аренду жилья от государства за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Являетесь ли вы ветераном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Является ли кто-либо из членов вашей семьи жертвой домашнего насилия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Гражданство: <input type="checkbox"/> гражданин (-ка) США <input type="checkbox"/> постоянный житель <input type="checkbox"/> временный житель <input type="checkbox"/> беженец (-ка) <input type="checkbox"/> другое			
Расовая принадлежность (отметьте все подходящие варианты): <input type="checkbox"/> американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> выходец из Азии <input type="checkbox"/> темнокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> уроженец гавайских островов <input type="checkbox"/> белый <input type="checkbox"/> другое			
Этническая группа: <input type="checkbox"/> испаноязычный <input type="checkbox"/> неиспаноязычный		Пол: <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский	

Информация об арендодателе или управляющем недвижимостью			
Название компании, управляющей недвижимостью (если имеется)			
Фамилия	Имя	Идентификационный номер налогоплательщика# или SSN#	
Адрес	Город	Почтовый индекс	
Телефон	Адрес электронной почты		

Информация о коммунальных услугах, которыми пользуется арендатор			
Название организации	Адрес (улица, город, почтовый индекс)	Телефон	Номер счета #

Доход семьи арендатора

Укажите доходы всех членов вашей семьи старше 18 лет.

У кого-нибудь в вашей семье есть доход? Да Нет

Если да, отметьте все подходящие варианты и укажите уже полученный доход.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Комиссионные вознаграждения
<input type="checkbox"/> Дивиденды
<input type="checkbox"/> Выигрыши в азартные игры или лотерею
<input type="checkbox"/> Плата за опеку
<input type="checkbox"/> Плата за присмотр за детьми
<input type="checkbox"/> Деньги на обучение
<input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам, для оплаты займов | <input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам, для оплаты аренды жилья
<input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам, для оплаты проживания и питания
<input type="checkbox"/> Пенсия
<input type="checkbox"/> Доход от индивидуальной трудовой деятельности
<input type="checkbox"/> Пособие по болезни
<input type="checkbox"/> Пособие по социальному обеспечению
<input type="checkbox"/> Дополнительное пособие по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI) | <input type="checkbox"/> Поддержка
<input type="checkbox"/> Пособие по безработице
<input type="checkbox"/> Профсоюзные выплаты
<input type="checkbox"/> Пособие ветеранам
<input type="checkbox"/> Заработная плата
<input type="checkbox"/> Компенсационные выплаты работникам, получившим травмы на рабочем месте
<input type="checkbox"/> Другое: _____ |
|--|---|---|

Имя и фамилия члена семьи, получающего доход	Тип / источник дохода / имя работодателя или название компании	Сумма дохода	Периодичность выплаты	Дата получения последней суммы

Расходы семьи арендатора

Арендная плата	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Электроснабжение	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Газоснабжение	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Плата за топливо	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Плата за пропан	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Плата за уголь/дрова/другое	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Вывоз мусора	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Водопровод/канализация	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____

Примечания.

ERAP Agency Use Only

Authorization Information: Approved Denied Date: _____

Type(s) of Assistance Provided:

Rental Assistance Rental Arrears Housing Stability Services Utility Assistance Utility Arrears

Amount of Assistance:

Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____

Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____

Number of months covered with: Rental Assistance _____ Utility Assistance _____

Household Income Level:

- Does not exceed 30 percent of the area median income for the household
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: Used 2020 annual calculation for eligibility Used monthly income at time of application

ПРАВО НА НЕДОПУЩЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В нашей организации запрещена дискриминация по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религии или политических взглядов.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах получения информации о программе (таких, например, как тексты, набранные шрифтом Брайля либо крупным шрифтом, аудиозаписи, сурдоперевод с использованием американского языка жестов и т. д.), необходимо обратиться в тот орган (местный или уровня штата), в который они подали заявление на пособие. Кроме того, информация о программах может быть предоставлена не только на английском, но и на других языках.

Чтобы подать жалобу по факту дискриминации в рамках программы, получающей федеральную финансовую помощь через Министерство здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), можно:

- (1) написать по адресу:
U.S. Department of Health and Human Services (HHS)
HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201;
- (2) позвонить по номеру:
(202) 619-0403 (голосовая линия) или
(800) 537-7697 (линия ТТУ).

Наша организация соблюдает принцип предоставления равных возможностей в своей работе.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы обеспечим конфиденциальность вашей информации. Она будет использоваться только, чтобы решить, на участие в какой именно программе вы можете иметь право. Любое лицо, сознательно нарушающее какое-либо из правил и положений данного департамента, будет признано виновным в совершении правонарушения и получит наказание в виде штрафа, размером не превышающего сто (100) долларов или в виде лишения свободы на срок не более шести месяцев либо же получит оба (статья 483 раздела 62 Устава штата Пенсильвания [Pennsylvania Statutes]) наказания.

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Вы должны предоставлять полные и достоверные сведения. Вы обязаны способствовать подтверждению указанной информации. В получении пособия может быть отказано, если вы не предоставите определенные доказательства. При обращении в Департамент социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) или Офис Генерального инспектора штата (Office of State Inspector General) вы обязаны сотрудничать с работниками этих учреждений.

ПОЛОЖЕНИЕ ЗАКОНА О НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

Сбор конфиденциальной информации, включая сведения о номерах SSN, разрешен в соответствии со статьей 405 (c)(2)(C)(i-iv) раздела 42 Кодекса США (United States Code, U.S.C) и статьей 62 Устава штата Пенсильвания. Статья 432.2 (b)(3).

Информация, которую мы собираем, будет использоваться для определения соответствия вашей семьи критериям участия в Программе срочной помощи в аренде жилья (сейчас и в будущем). Мы проверяем эти сведения с применением специальных компьютерных программ. Эти данные также будут использоваться для контроля соответствия правилам программы и для управления ее реализацией.

Эти сведения могут быть раскрыты другим федеральным учреждениям и учреждениям штата в целях официальной проверки, а также сотрудникам правоохранительных органов в целях задержания лиц, скрывающихся от закона. Непредоставление номера SSN может привести к отказу в оформлении срочного пособия на аренду жилья каждому лицу, отказавшемуся предоставить номер SSN. Предоставленные номера SSN используются и передаются в таком же порядке, что и номера SSN соответствующих критериям членов семьи. Чтобы получить номер SSN, можно:

- (1) позвонить по номеру:
(800) 772-1213 или
(800) 325-0778 (линия ТТУ);
- (2) посетить сайт: www.ssa.gov.

ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право подать запрос на проведение слушания DHS, чтобы оспорить несправедливое или неверное, по вашему мнению, решение. Также решение можно оспорить, если действия поставщика услуг противоречат, указанным в вашем заявлении на получение пособия. Подать апелляцию можно по адресу:

DHS Office of Hearings and Appeals
PO Box 2675
Harrisburg, PA 17105.

Перед слушанием можно подать запрос на консультацию. Для этого обратитесь к менеджеру Программы срочной помощи в аренде жилья по электронной почте: RA-PWERAPOIM@pa.gov.

На слушании вы можете представлять себя либо вас может представлять другой человек, например адвокат, друг или родственник.

Подтверждение/засвидетельствование

Я понимаю, что несу ответственность за любые ложные утверждения, указанные в этом заявлении, даже если его подает другое лицо от моего имени. С учетом ответственности за дачу заведомо ложных сведений я подтверждаю, что указанная информация является верной. Я понимаю, что конфиденциальность указанной информации будет соблюдена, а сама она будет использована только для оформления пособия. В качестве условия получения мною помощи я понимаю, что от меня может потребоваться сотрудничать с другими учреждениями. Я соглашаюсь предоставлять по требованию любые другие документы, необходимые для определения соответствия критериям, например квитанцию о начислении заработной платы, договор аренды, последние счета, справку об отсутствии работы и т. д.

Подпись арендатора

Имя и фамилия арендатора печатными буквами

Подпись арендодателя *(необходима, если заявление заполнялось арендодателем)*

Имя и фамилия арендодателя печатными буквами *(необходимы, если заявление заполнялось арендодателем)*

Разрешение на предоставление информации *(только для арендатора)*

Настоящим я разрешаю и прошу предоставить окружному ведомству любую информацию о моих возрасте, месте жительства, гражданстве, занятости, доходе, а также любую дополнительную информацию, касающуюся права на участие в программах помощи по аренде жилья и оплате коммунальных услуг. Я понимаю, что полученная информация будет использована только для определения соответствия критериям участия в программах помощи по аренде жилья и оплате коммунальных услуг или других жилищных программах помощи.

Подпись арендатора

Дата

Имя и фамилия арендатора печатными буквами