



## Condado de Newport COVID-19 Solicitud Para Asistencia de Vivienda

Financiamiento proporcionado por el Programa **RIHousing HomeSafe** y **Rhode Island Foundation COVID-19 Response Grant**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

CIUDAD/PUEBLO/CÓDIGO DE POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PERSONAS VIVIENDO EN LA HOGAR: \_\_\_\_\_

NOMBRES DE TODO LOS HABITANTES EN LA HOGAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SUMA TOTAL DE INGRESO POR TODOS EN EL HOGAR DEL AÑO PASADO (2019). Favor de agregar la documentación que compruebe su respuesta; declaración de impuestos o otros registros de ingresos verificables : \$ \_\_\_\_\_

¿Es usted, o algún miembro de su hogar, veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? (Opcional) Sí \_ No \_

**Raza/ Etnicidad (marque todos los que correspondan):**

- Blanco
- Moreno
- Hispano
- Asiatico
- Indio Americano
- Otro \_\_\_\_\_
- Prefiero no contestar

<b>Causa Por La Crisis En El Hogar</b> (Seleccione todos las que correspondan):	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad temporal o Discapacitado
<input type="checkbox"/>	Pérdida de trabajo y/o ingreso en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/>	Paso de un refugio/hogar temporal a una vivienda más permanente
<input type="checkbox"/>	Necesidad en establecer una nueva residencia - por violencia doméstica
<input type="checkbox"/>	Necesidad en establecer una nueva residencia - por Tráfico Humano
<input type="checkbox"/>	Necesidad en establecer una nueva residencia - por Pintura con Plomo
<input type="checkbox"/>	Necesidad en establecer una nueva residencia - por Incendio/otro desastre
<input type="checkbox"/>	Necesidad en establecer una nueva residencia - por Violaciones de código, condena
<input type="checkbox"/>	Necesidad en establecer una nueva residencia - por desalojo o ejecución hipotecaria

**Ingreso mensual de todos en el hogar, Actual y por los últimos 3 meses.** (Incluya el ingreso total (o anticipado) de todos en el hogar por el mes actual). Favor de agregar la documentación de respaldo; recibos de pago, SSI, desempleo o otros registros de ingresos verificables:

\$	Ingresos/Entrada del mes actual (incluya los anticipados)
\$	Ingresos/Entrada del mes pasado
\$	Ingreso/Entrada de dos meses atrás
\$	Ingreso/Entrada de tres meses atrás

**¿Para qué se solicita esta asistencia de pago?** (Máximo de \$2,000) Los cheques serán pagados directamente a las cuentas adeudada (Agregue la documentación que demuestre la necesidad; a continuación se proporcionan los ejemplos):

	Retraso en el pago de renta (carta del propietario que identifica la renta adeudada)
	Retraso en el pago de la Hipoteca (carta del banco)
	Multa (\$) por el retraso de pago en la renta (carta o declaración del propietario que muestre las multas por pago atrasado)
	Multa (\$) por el retraso en la hipoteca(s) (carta bancaria que identifica las multas por atraso)
	Depósito de seguridad (carta del propietario que indica el depósito de seguridad adeudado)
	Gastos por mudanza (factura o presupuesto para gastos de mudanza)
	Facturas de utilidades/ servicios público(s)

**Evidencia que compruebe la habilidad en mantener la estabilización de esta vivienda** (Adjunte al menos uno de los documentos a continuación) Seleccione todos los que correspondan.

	Comprobantes/Colillas de pago del hogar
	Carta de aprobación del Seguro Social o Seguro por Discapacidad (SSI / SSDI)
	Prueba de activos
	Otro

**Monto total de asistencia** (\$2,000 máximo): \$ \_\_\_\_\_

**Comprobante/Recibo(s)** Seleccione todas las que correspondan:

	Propietario o Entidad encargada de la propiedad
	Banco / Proveedor de hipoteca
	Compañía/Empresas de Utilidades/ servicios públicos
	Otro

**Nombre del destinatario** (Incluya los nombres completos de la persona o empresa que recibirá los pagos de asistencia).

---

---

---

Tenga en cuenta: es posible que se requiera otros documentos adicionales que respalde o compruebe su declaración después de la revisión inicial.

He leído esta solicitud y la información, proveída/hecha por mi, una declaración verdadera de mi situación actual. Certifico que ningún miembro de mi hogar ha recibido asistencia a través del Programa RI Housing HomeSafe en los últimos doce (12) meses.

---

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

---

Firma del personal	Fecha
--------------------	-------

Envíe una solicitud completa junto con los documentos de respaldo a Aubrey Collins en Church Community Housing Corporation por correo postal o electrónico:

Enviar a: Aubrey Collins  
Church Community Housing Corporation  
50 Washington Square, Newport, RI 02840

O

Correo Electronico: [ACollins@CCHCnewport.org](mailto:ACollins@CCHCnewport.org)

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, comuníquese con Aubrey por teléfono al 401 846 5114 x111 o por correo electrónico: [ACollins@cchcnewport.org](mailto:ACollins@cchcnewport.org).

Para ayuda en Espanol, comuníquese con Conexion Latina Newport al 401-585-8165