



**Programa de Asistencia de Emergencia para el  
Alquiler del Condado de Wicomico  
Solicitud de asistencia**



**Sección 1: Información del solicitante**

Tipo de solicitante:  Inquilino  Propietario/administrador de la propiedad. Solicita en nombre del inquilino.

Nombre del solicitante: SSN: - -  
*DEJE EN BLANCO SI NO APLICA*

Nombre del cosolicitante: SSN: - -  
*DEJE EN BLANCO SI NO APLICA*

Dirección postal: Sección censal:

Ciudad, estado, código postal: , Maryland  
Use este link <https://bit.ly/33DsjeX> para ingresar la dirección o deje en blanco si no está seguro.

Teléfono del hogar: Teléfono del trabajo:

Teléfono móvil: Correo electrónico:

- Razón para solicitar**  
**(Marque las que correspondan)**
- Necesita ayuda para pagar el alquiler vencido.
  - Necesita ayuda para pagar el alquiler del mes actual.
  - Necesita ayuda para pagar el alquiler de los meses futuros/prospectivos.
  - Necesita ayuda para pagar facturas de servicios públicos vencidas o para reconectar los servicios públicos.
  - Necesita ayuda para pagar los servicios públicos del mes actual o de meses futuros.
  - Necesita mudarse a una nueva unidad debido a una orden de desalojo o condiciones de vida inseguras, insalubres o hacinadas (más de 2 personas por habitación).
  - Se muda de un refugio para personas sin hogar, motel/hotel o de un lugar sin refugio a una vivienda de alquiler.

¿Necesita servicios de interpretación o traducción?  Sí  No  
Si es así, ¿a qué idioma necesita traducir las comunicaciones o formularios?

¿Necesita adaptaciones razonables para una discapacidad?  Sí  No Si es así, indique las adaptaciones necesarias aquí:

- INFORMACIÓN DE SOLICITUD PRIORITARIA:**
- Área censal prioritaria (1, 2, 3, 4 y 102): verifique su dirección con este enlace: <https://bit.ly/33DsjeX>
  - Ingresos del hogar por debajo del 50 % del AMI (consulte la tabla de ingresos en la página 5).
  - Hay una o más personas dentro del hogar desempleadas a la fecha de la solicitud de asistencia **y** que no han tenido un empleo durante los últimos 90 días.

Para ser elegible para la asistencia del ERAP, el grupo familiar debe cumplir todos estos criterios de elegibilidad:

Estado de la renta	Ingresos	Dificultad financiera	Inestabilidad de la vivienda
El inquilino está obligado a pagar alquiler en una vivienda residencial.	El ingreso del grupo familiar es igual o inferior al 80 % del ingreso medio del área, definido según el HUD.	Uno o más individuos califican para asistencia por desempleo  O BIEN  experimentaron una reducción en los ingresos, incurrieron en gastos significativos o sufrieron otras dificultades financieras, debido, directa o indirectamente, a la COVID-19.	Se demuestra riesgo de inestabilidad de la vivienda, incluso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un aviso de falta de pago de un servicio o del alquiler, o un aviso de desalojo;</li> <li>• condiciones inseguras o insalubres;</li> <li>• cualquier otra evidencia de dicho riesgo, según lo determinado por el DHCD.</li> </ul>



**Programa de Asistencia de Emergencia para el  
Alquiler del Condado de Wicomico  
Solicitud de asistencia**

**Sección 2: Unidad de alquiler**

Tipo de propiedad:  Casa     Departamento     Remolque/RV     Otro

Nombre del solicitante:

Nombre del cosolicitante:

Nombre de la propiedad/complejo de alquiler (si corresponde):

Dirección de la unidad de alquiler:

Ciudad, estado, código postal de la unidad de alquiler: \_\_\_\_\_, Maryland

Condado de la unidad de alquiler: **Wicomico**      Alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del propietario/administrador de la propiedad:

Dirección del propietario/administrador de la propiedad:

Número de teléfono del propietario/administrador de la propiedad:

Correo electrónico del propietario/administrador de la propiedad:

Fecha de inicio del alquiler:        /        /20      Fecha de finalización del alquiler: /        /20

¿Vive la familia en una vivienda de alquiler con opción a compra?     Sí     No

Actualmente, ¿vive la familia en una vivienda social o recibe ayuda para pagar el alquiler todos los meses?  
*Ejemplo: vivienda pública, vales de elección de vivienda (Sección 8), vivienda de apoyo permanente para cuidado continuo, reubicación rápida, asistencia de alquiler basada en proyectos, LIHTC.*

Sí  
 No  
 No sé

Si es así, ¿ha solicitado la familia una recertificación de ingresos debido a la pérdida de ingresos?

Sí  
 No



## Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler del Condado de Wicomico

### Solicitud de asistencia

#### Sección 3: Información de la empresa de servicios públicos

*Nota: La información de esta sección se utilizará para realizar pagos directamente a los propietarios/empresas de servicios públicos. Si el inquilino es el solicitante y no puede brindar información sobre el propietario, el programa puede hacer un seguimiento directamente con el propietario para obtener documentación adicional.*

*El propietario debe firmar la última página de la solicitud y brindar una copia de su formulario W-9 como condición para aceptar el pago.*

Nombre del solicitante:

Nombre del cosolicitante:

Domicilio de la propiedad:

#### SERVICIO NRO. 1

Nombre de la empresa de servicios públicos:

Tipo de servicio:

Dirección postal de la empresa de servicios públicos:

Ciudad, estado, código postal de la empresa de servicios públicos:

Teléfono de la empresa de servicios públicos:

Número de cuenta del servicio público:

¿Cómo se facturan actualmente los servicios públicos?

- Al inquilino directamente.  
 Al propietario: los servicios públicos son parte del alquiler del inquilino.

#### SERVICIO NRO. 2

Nombre de la empresa de servicios públicos:

Tipo de servicio:

Dirección postal de la empresa de servicios públicos:

Ciudad, estado, código postal de la empresa de servicios públicos:

Teléfono de la empresa de servicios públicos:

Número de cuenta del servicio público:

¿Cómo se facturan actualmente los servicios públicos?

- Al inquilino directamente.  
 Al propietario: los servicios públicos son parte del alquiler del inquilino.

#### SERVICIO NRO. 3

Nombre de la empresa de servicios públicos:

Tipo de servicio:

Dirección postal de la empresa de servicios públicos:

Ciudad, estado, código postal de la empresa de servicios públicos:

Teléfono de la empresa de servicios públicos:

Número de cuenta del servicio público:

¿Cómo se facturan actualmente los servicios públicos?

- Al inquilino directamente.  
 Al propietario: los servicios públicos son parte del alquiler del inquilino.



**Programa de Asistencia de Emergencia para el  
Alquiler del Condado de Wicomico  
Solicitud de asistencia**

**Sección 4: Información del inquilino**

**Jefe de familia**

Nombre del jefe de familia:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Teléfono del hogar:

Teléfono del trabajo:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Sexo (marque uno)  Femenino  Masculino  Mujer trans  Hombre trans  Género no conforme  No sé  Prefiero no contestar

Raza (marque una)  Negro/afroamericano  Blanco  Asiático  Indio americano/nativo de Alaska  Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico  Multirracial: indio americano/nativo de Alaska y blanco  Multirracial: asiático y blanco  Multirracial: negro/afroamericano y blanco  Multirracial: indio americano/nativo de Alaska y negro/afroamericano  Otro multirracial: \_\_\_\_\_  No sé  Prefiero no contestar

Origen étnico (marque una)  Hispano/latino  No hispano/no latino  No sé  Prefiero no contestar

Otro (marque las que correspondan)  Anciano (más de 62)  Veterano  Persona con discapacidad  Joven (menos de 25)  Actualmente sin hogar



**Programa de Asistencia de Emergencia para el  
Alquiler del Condado de Wicomico  
Solicitud de asistencia**

**Sección 4: Información del inquilino (continuación)**

Nombre del miembro de la familia	Relación con el jefe de familia	Fecha de nacimiento
1.	Jefe de familia	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Cantidad total de personas en el hogar:

**Pautas de calificación de ingreso (debe ser igual o inferior al 80 % del ingreso medio del área para la cantidad de personas en el grupo familiar)**

<b>Condado de Wicomico</b>								
Personas del grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8
30 % del AMI	15,150	17,420	21,960	26,500	31,040	35,580	40,120	44,660
50 % del AMI	25,200	28,800	32,400	36,000	38,900	41,800	44,650	47,550
80 % del AMI	40,350	46,100	51,580	57,600	62,250	66,850	71,450	76,050





**Programa de Asistencia de Emergencia para el  
Alquiler del Condado de Wicomico  
Solicitud de asistencia**

**Sección 5: Ingresos del inquilino y dificultades financieras (continuación)**

¿Algún adulto del grupo familiar ha sufrido una pérdida de ingresos o una reducción de las horas de trabajo desde marzo de 2020? Si es así, describa los cambios en los ingresos:

¿Ha sufrido la familia alguna dificultad económica o un aumento en los costos relacionados (directa o indirectamente) con la COVID-19? Si es así, describa las dificultades aquí:

¿Ha recibido fondos de asistencia para el alquiler desde marzo de 2020?  Sí  No Si  
es así, ¿cuándo? ¿De quién? ¿Cuánto dinero?



## Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler del Condado de Wicomico Solicitud de asistencia

### Sección 6: Solicitud de asistencia

Complete la siguiente tabla con los costos de alquiler y los servicios públicos de cada mes para los que solicita asistencia. Puede solicitar asistencia con hasta 12 meses de mora (deuda) y hasta 3 meses de asistencia prospectiva en cada columna. Los montos deben documentarse con una factura, comprobante o aviso de pago.

Mes	Asistencia de alquiler	Asistencia de servicios públicos	Otros costos relacionados con la vivienda*
13 al 31 de marzo de 2020	\$	\$	\$
Abril de 2020	\$	\$	\$
Mayo de 2020	\$	\$	\$
Junio de 2020	\$	\$	\$
Julio de 2020	\$	\$	\$
Agosto de 2020	\$	\$	\$
Septiembre de 2020	\$	\$	\$
Octubre de 2020	\$	\$	\$
Noviembre de 2020	\$	\$	\$
Diciembre de 2020	\$	\$	\$
Enero de 2021	\$	\$	\$
Febrero de 2021	\$	\$	\$
Marzo de 2021	\$	\$	\$
Abril de 2021	\$	\$	\$
Mayo de 2021	\$	\$	\$
Junio de 2021	\$	\$	\$
Julio de 2021	\$	\$	\$
Agosto de 2021	\$	\$	\$
Septiembre de 2021	\$	\$	\$
Octubre de 2021	\$	\$	\$
Noviembre de 2021	\$	\$	\$
Diciembre de 2021	\$	\$	\$
<b>TOTAL SOLICITADO:</b>	\$	\$	\$

\* Otros costos relacionados con la vivienda pueden incluir gastos relacionados con la reubicación o la obtención de una nueva unidad de alquiler:

- Cargos razonables por mora acumulados (si no están incluidos en los atrasos de alquiler ni las facturas de servicios públicos).
- Solicitud de unidad de alquiler o tarifas de selección.
- Depósito de seguridad: hasta dos meses de alquiler.
- Tarifas/depósitos por conexión de un nuevo servicio público.
- Tarifas de limpieza/saneamiento de la unidad de alquiler.
- Tarifas de la unidad de almacenamiento: hasta un mes.
- Tarifas/depósitos por la conexión de un nuevo servicio de Internet independiente (solo hogares que actualmente no tengan servicio de Internet).
- Se pueden considerar otros costos de vivienda con la aprobación previa del DHCD.



**Programa de Asistencia de Emergencia para el  
Alquiler del Condado de Wicomico  
Solicitud de asistencia**

**Formulario de autocertificación de inquilinos para el ERAP**

La información de la solicitud y de este formulario de autocertificación se recopila para determinar si mi familia es elegible para recibir la asistencia brindada a través del Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler con fondos federales. Escriba sus iniciales junto a cada una de las siguientes declaraciones.

**PRECISIÓN**

\_\_\_\_\_ Certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que brindar información o declaraciones falsas es motivo para la terminación de la asistencia y es punible según la ley federal.

**DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS**

\_\_\_\_\_ Certifico que mi hogar no ha recibido ni recibirá asistencia de otro programa para los mismos costos que se pagarán con el ERAP.

**USO COMPARTIDO DE LA INFORMACIÓN**

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi información se compartirá con el condado en el que resido, el Estado de Maryland y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.

**INGRESOS Y TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR**

\_\_\_\_\_ Certifico que mis fuentes de ingresos y los montos que figuran en la solicitud reflejan con precisión los ingresos que mi grupo familiar recibió en los últimos 30 días. Esto incluye si tengo ingresos no declarables o ingresos de trabajo por cuenta propia.

**Enumere la documentación sobre ingresos que no pueda brindar y por qué:**

--

**DIFICULTAD FINANCIERA**

\_\_\_\_\_ Certifico que yo mismo u otro adulto de mi grupo familiar (marque todo lo que corresponda):

- califica para beneficios de desempleo;
- ha sufrido una pérdida de ingresos, aumento de gastos u otras dificultades financieras relacionadas directa o indirectamente con la COVID-19.

**USO DEL PAGO**

\_\_\_\_\_ Certifico que los fondos del ERAP que reciba directamente con el fin de pagar el alquiler o los servicios públicos deben usarse para la finalidad prevista.

Certificación de inquilinos			
<b>Nombre del solicitante</b>	_____	<b>Firma</b>	_____
			<b>Fecha</b> _____
<b>Nombre del cosolicitante</b>	_____	<b>Firma</b>	_____
			<b>Fecha</b> _____

**Nota:** Se aceptan firmas digitales o físicas. En ninguna circunstancia, el propietario puede firmar el formulario de autocertificación del inquilino.



## Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler del Condado de Wicomico Solicitud de asistencia

### Sección 7: Información del propietario (COMPLETADO POR EL PROPIETARIO)

*Nota: La información de esta sección se utilizará para realizar pagos directamente a los propietarios.*

*Si el inquilino es el solicitante y no puede proporcionar información sobre el propietario cuando presenta la solicitud, el programa puede hacer un seguimiento directamente con el propietario para obtener documentación adicional. Si se necesita documentación adicional; el archivo se dejará a un lado hasta que se reciba la documentación completa antes de su procesamiento y pago.*

*El propietario debe firmar la última página de la solicitud y brindar una copia de su formulario W-9 como condición para aceptar el pago.*

Nombre del solicitante:

Nombre del cosolicitante:

Nombre del propietario/arrendador:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Teléfono del hogar:

Teléfono del trabajo:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Número de seguro social, número de identificación fiscal o número DUNS del propietario:

Cantidad total de unidades de alquiler en la propiedad:

¿El propietario ha presentado un caso de desalojo o de incumplimiento con el pago del alquiler ante la corte?  Sí

No

Si es así, explique y brinde la fecha de la audiencia programada:



## Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler del Condado de Wicomico Solicitud de asistencia

### Formulario de certificación de propietario para el ERAP

Como propietario de esta unidad de alquiler y hogar, yo:  acepto participar en el programa.  
 me niego a participar en el programa.

Los propietarios que aceptan participar en el programa y reciben el pago directamente del ERAP deben cumplir con los siguientes términos y condiciones. Escriba sus iniciales junto a cada declaración:

#### PRECISIÓN

\_\_\_\_\_

Certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que brindar información o declaraciones falsas es motivo para la terminación de la asistencia y es punible según la ley federal.

#### EXENCIÓN DE TARIFA

\_\_\_\_\_

Acepto renunciar a todos los cargos por mora, intereses, honorarios judiciales u otros cargos no incluidos en el alquiler mensual acumulados por el inquilino.

#### PEDIDOS DE DESALOJO EXISTENTES

\_\_\_\_\_

Acepto cancelar/rescindir todas las solicitudes de desalojo actualmente pendientes contra este inquilino.

#### NUEVOS PEDIDOS DE DESALOJO

\_\_\_\_\_

Acepto no presentar ningún caso de desalojo nuevo mientras dure la asistencia de alquiler prospectiva proporcionada a través del ERAP o por un período mínimo de 30 días, lo que sea más largo.

#### RENOVACIÓN DEL ALQUILER

\_\_\_\_\_

Acepto extender el contrato de alquiler del inquilino o renovarlo si ha expirado o vencerá antes del final de la asistencia para el alquiler brindada, pero por un período no inferior a 90 días.

#### USO DEL PAGO

\_\_\_\_\_

Certifico que los fondos del ERAP que reciba directamente con el fin de pagar el alquiler en nombre del grupo familiar se usarán

#### Certificación de propietario

Nombre del propietario \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nota: El propietario debe adjuntar un formulario W-9 completo a la solicitud.