



**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**

El inquilino está obligado a pagar alquiler en una vivienda residencial.

Ingresos

El ingreso del grupo familiar es igual o inferior al 80 % del ingreso medio del área, definido según el HUD.

Dificultad financiera

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.

Inestabilidad de la vivienda

Se demuestra riesgo de inestabilidad de la vivienda, incluso:

- un aviso de falta de pago de un servicio o del alquiler, o un aviso de desalojo;
- condiciones inseguras o insalubres;
- cualquier otra evidencia de dicho riesgo, según lo determinado por el DHCD.



**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)

☐ Persona con discapacidad

☐ Actualmente sin hogar

☐ Veterano

☐ Joven (menos de 25)



**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)

Condado de Wicomico								
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

Indique los ingresos actuales (últimos 30 días) de todas las personas del grupo familiar mayores de 18 años que no sean estudiantes universitarios de tiempo completo. Los ingresos incluyen sueldos, salarios y propinas, pensión alimenticia, manutención infantil, ingresos militares, seguro social, pensiones y otros beneficios gubernamentales, incluidos los pagos por desempleo.

Miembro del grupo familiar	Fuente de ingresos (incluido el nombre del empleador)	Monto	Frecuencia (por hora, semanal, mensual, etc.)

¿Alguien del grupo familiar recibe actualmente beneficios o servicios de uno de los siguientes programas? Si es así, marque qué programas aplican:

- ☐ Head Start
- ☐ Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) o el Programa de Asistencia para Energía de Maryland (MEAP).
- ☐ Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP).
- ☐ Ingreso de seguridad suplementario (SSI), para el jefe o cojefe de familia.
- ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o TANF Tribal, para jefe o cojefe de familia.
- ☐ Pensión por discapacidad por el Servicio de Veteranos, Pensión de sobreviviente, Beneficios Mejorados para Sobrevivientes o Pensión por discapacidad de la Sección 306 (no es la pensión estándar de VA).
- ☐ Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC) para hogares con tres miembros o menos.
- ☐ Otro programa basado en ingresos:

Nota: Adjunte su carta de determinación más reciente en la que se aprueba su inscripción/elegibilidad para los beneficios de uno de los programas. Esto se puede utilizar para verificar su elegibilidad de ingresos para el ERAP.

¿Hay adultos en el grupo familiar actualmente desempleados No ☐ Sí ☐
Si es así, ¿cuánto tiempo ha estado desempleada la persona?



**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	\$	\$	\$
TOTAL SOLICITADO:	\$	\$	\$

* 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

Nombre del solicitante	_____	Firma	_____	Fecha	_____
Nombre del cosolicitante	_____	Firma	_____	Fecha	_____

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