



DECLARACIÓN PERSONAL Y CUESTIONARIO PARA ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE Y PRECISAMENTE PARA TODAS
LAS PERSONAS QUE RESIDIRÁN EN LA VIVIENDA DE ASISTENCIA

Aviso de Alojamientos Razonables: Las Personas con Discapacidades pueden solicitar alojamientos razonables al completar esta solicitud o para utilizar plenamente los servicios de nuestra Agencia.

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR: INFORMACIÓN SOBRE LOS ADULTOS EN SU HOGAR

1. Jefe de Familia – Escriba su nombre e información personal:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Lugar de Nacimiento
Mejor Núm. de Tel. de Contacto ()	# de Lic. o Identif.	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
Dirección Física			Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="checkbox"/> Apartment <input type="checkbox"/> Condo <input type="checkbox"/> Townhome <input type="checkbox"/> Single Family Home, or <input type="checkbox"/> Mobile home					
Marque todas las que apliquen:					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante					

2. Escriba el nombre de su cónyuge u otro adulto e información personal:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Lugar de Nacimiento
Relación a Jefe de Familia	# de Lic. o Identif.	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
Marque todas las que apliquen:					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante					

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar la misma información anterior para cada adulto adicional en el hogar.

INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS EN SU HOGAR

1. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Lugar de Nacimiento
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			

2. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Lugar de Nacimiento
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			

3. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	# Seguro Social	Fecha de Nac.	Lugar de Nacimiento
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			

Si es necesario, use hojas de papel para proporcionar la misma información para cada niño/niña adicional en el hogar.



B. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS: Por favor proporcione la declaración de impuestos federales de 2019 y pase a la pregunta D.

Si NO presentó una declaración de impuestos federales de 2019, por favor complete lo siguiente para los ingresos del hogar. Marque SÍ o NO para cada tipo de ingreso. Si la respuesta es SÍ, complete toda la información requerida para los ingresos recibidos por o para cualquier miembro del hogar, incluyendo los niños. Si es necesario, informe de cualquier otra fuente adicional en una hoja de papel separada.

Tipo de Ingresos	¿Recibe este tipo de Ingresos?	Quien Recibe los Fondos	Nombre y Dirección del Proveedor/Empleador	Cantidad Mensual \$
Ingresos Ganados/Empleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Seguro Social - SSA y/o SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CALWORKS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estampillas de Comida/CalFresh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro Estatal de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios del Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pago/Asignación Militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión o Jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Alimenticia (Manutención)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Conyugal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contribuciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Regalos o Préstamos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos del Alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ayuda Financiera Escolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro(s) Ingreso(s)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



C. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS: Proporcione la declaración de impuestos federales de 2019 y pase a la pregunta D. Si NO ha presentado una declaración de impuestos federales de 2019, por favor proporcione una prueba actual de los activos (cuenta bancaria, etc.) que se indican a continuación.

Marque SÍ o NO junto al tipo de activo. Si SÍ, complete toda la información de cualquier activo poseído o sostenido por o para cualquier miembro del hogar, incluyendo a los niños.

Tipo de Activo	¿Tiene este Activo?	Nombre(s) en Cuenta	Saldo/Valor	Interés Ganado	Cuenta/# de Póliza	Nombre y Dirección de la Institución
Dinero en Efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$			
Cuenta de Cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$			
			\$			
Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$			
			\$			
Otras Cuentas 401, acciones, bonos, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$			

Si es necesario, informe de cualquier otro activo adicional en una hoja de papel separada.

D. OTRA INFORMACIÓN:

Consecuencia de COVID-19
<input type="checkbox"/> Tuve una reducción en las horas de trabajo debido a COVID-19
<input type="checkbox"/> Perdí mi trabajo debido a COVID-19 (es decir, cierre de negocio temporal, cierre de negocio permanente)
<input type="checkbox"/> No puedo trabajar debido a la falta de cuidado infantil y/o cierre de escuelas debido a COVID-19
<input type="checkbox"/> Yo (o mis hijos) tengo/tienen una condición médica grave subyacente como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, diabetes o cáncer, y no puedo trabajar debido a COVID-19

RENTA/ALQUILER

¿Estaba al día con sus pagos de renta a partir del 1 de Marzo de 2020? Sí No

¿Enfrenta procedimientos de desalojo por cuestiones distintas al impago de renta desde el 1 de Marzo al presente? Sí No

¿Ha recibido alguno de los siguientes desde el 1 de Marzo de 2020 hasta el presente? Si la respuesta es SÍ, explíquelo.

Aviso de 3 Días o 10 Días Aviso de 30-60-90 Días Aviso para eliminar perjuicio/molestia

Comentario:

¿Cuál es su alquiler/renta mensual?:\$ _____



Mes	Cantidad de Renta Atrasada Debida (si no hay, ponga \$0)
Marzo 2020	
Abril 2020	
Mayo 2020	
Junio 2020	
Julio 2020	

E. RESPONSABILIDADES DE PRESENTACIÓN DE INFORMES:

AVISO: EL TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE POR HABER HECHO DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A SABIENDAS O VOLUNTARIAMENTE A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS. HACER DECLARACIONES FALSAS ES UN DELITO GRAVE BAJO LA LEY DEL ESTADO DE CALIFORNIA (SECCIONES DEL CÓDIGO PENAL: 115, 118, 487 Y 532) Y PUEDE RESULTAR EN CARGOS CRIMINALES INCLUYENDO PERJURIO, ROBO, PRESENTAR DOCUMENTOS FALSOS CON UNA OFICINA O AGENCIA PUBLICA, Y OBTENER DINERO BAJO PRETENSIONES FALSAS.

Entiendo/Entendemos que las declaraciones falsas y las falsificaciones son punibles bajo las leyes federales y estatales. Las adiciones al hogar deben ser aprobadas por adelantado a menos que se deban al nacimiento, adopción o custodia otorgada por la corte.

También entiendo/entendemos que yo/nosotros podemos ser responsables de cualquier reclamación por alquiler no pagado, danos o perdida de vacante pagada por South Bay Community Services en mi nombre, o por el pago completo de la asistencia de vivienda.

Entiendo que la financiación es limitada y no hay garantía de que se preste asistencia. Los solicitantes que hayan proporcionado información verdadera y completa (incluso documentación justificativa) serán procesados primero. La información incompleta y/o la información no-verificable puede causar la denegación de asistencia.

Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California, que la información contenida en este cuestionario es verdadera, correcta y completa.

Firma del Jefe/de la Jefa de Familia Fecha

Firma del Cónyuge/Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha



PARA USO DE SOUTH BAY COMMUNITY SERVICES SOLAMENTE

Certifico que he revisado esta Declaración Personal y Cuestionario para Asistencia de Alquiler y todas las verificaciones y documentos de apoyo proporcionados según lo requerido por las directrices del Programa.

Nombre de Especialista

Firma de Especialista

Fecha



South Bay Community Services no negará a ningún residente la igualdad de oportunidades para solicitar o recibir asistencia bajo cualquier programa administrado sobre la base de raza, color, sexo, religión, credo, origen nacional o étnico, edad, estado familiar o civil, discapacidad, fuente de ingresos u orientación sexual.