

Gracias por su interés en solicitar el Programa de Asistencia de Alquiler e Hipoteca COVID-19 de South Bay Community Services (SBCS) financiado por United Way del Condado de San Diego para ayudar a aquellos que han sufrido una pérdida de ingresos y no pueden pagar su renta debido a problemas financieros relacionados con COVID-19.

**Debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos para ser elegible para recibir asistencia de alquiler:**

- Debe haber tenido una pérdida de trabajo o reducción de horas desde el 1 de Marzo de 2020 cómo resultado de COVID-19

*Ejemplos de impactos de COVID-19 incluyen, entre otros, los siguientes:*

*Pérdida de trabajo, licencia sin goce de sueldo o despedida/recorte*

*Reducción de las horas de trabajo o de pago*

*Cierre de tienda, restaurante, oficina u otro negocio*

- Sufre una necesidad financiera en el pago de su alquiler/hipoteca
- Debe residir en el Condado de San Diego
- Salario por hora antes del 1 de Marzo de 2020 era de \$22.25 por hora o menos.
- No es elegible para presentar impuestos Federales debido al estado de ciudadanía.

- Las solicitudes deben completarse **totalmente y correctamente** junto con **todos los documentos justificativos necesarios**.

- Las solicitudes se procesarán **“Por Orden de Llegada”** basándose en la presentación de una solicitud completa, incluidos todos los documentos justificativos necesarios. Tenga en cuenta que la financiación es limitada y no hay garantía de que se prestará asistencia.



Antes de completar la solicitud, asegúrese de que cumple con todos los requisitos enumerados anteriormente y puede proporcionar la documentación/información justificativa.

Por favor revise su solicitud cuidadosamente antes de enviarla. Las solicitudes incompletas, incluso la documentación justificativa, serán negadas debido a la falta de información para determinar las calificaciones para el Programa.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

- **Solicitud Completada**
- **Copia del contrato de arrendamiento actual / estado de cuenta de hipoteca más reciente**
- **Copias de los 2 talones de pago más recientes justo antes de la pérdida del trabajo o reducción en horas**
- **Copies of 2 más recientes justo después de la reducción en horas. (Su dirección de casa en sus talones de pago debe coincidir con la dirección que aparece en su contrato de arrendamiento o estado de cuenta hipotecario)**
  - **Si no tiene talones de pago disponibles, puede presentar otra documentación que verifique que califica para está asistencia debido**



a COVID. Los documentos incluyen una carta de despedido, comunicación de su empleador sobre horas reducidas, solicitud de desempleo, carta de verificación de una organización sin fines de lucro, etc.

### **PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:**

*Puede entregar/enviar su solicitud completa con los documentos justificativos requeridos de una de las siguientes maneras:*

**Dejar en Persona:** South Bay Community Services en 430 F. Street Chula Vista, CA 91910 (Lunes – Viernes, 8:30 a.m. - 5:00 p.m.)

**Por Correo Electrónico:** [rentalassistance@csbcs.org](mailto:rentalassistance@csbcs.org)  
*Asegúrese de incluir todos los documentos justificativos con su correo electrónico.*



**DECLARACIÓN PERSONAL Y SOLICITUD PARA  
ASISTENCIA DE ALQUILER E HIPOTECARIA COVID-19  
FINANCIADO POR UNITED WAY DEL CONDADO DE SAN DIEGO**

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE Y PRECISAMENTE POR EL MIEMBRO DEL HOGAR QUE TUVO LA PÉRDIDA DE TRABAJO/HORAS REDUCIDAS, PARA TODAS LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA PROPIEDAD SUBVENCIONADA

*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 QUE VIVEN 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	Fecha de Nacimiento		
Mejor Núm. de Tel. de Contacto ( )	<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	
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	Fecha de Nacimiento		
Relación al Jefe de Familia	<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 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/niño, menor de 18 años, que vive/permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de Nacimiento		
Relación al 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/permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de Nacimiento		
Relación al 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/permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de Nacimiento		
Relación al 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 papel en blanco para proporcionar la misma información anterior para cada niño(a) adicional en el hogar.

**B. EMPLEO Y DIFICULTADES FINANCIERAS DEBIDO A COVID-19:**

1.

Nombre de Empleador	
Dirección de Empleador	
Fecha de Contratación	
Pago por hora antes de 1 de Marzo, 2020	
Fecha de Pérdida o Reducción de horas de empleo	

2. Explique su necesidad de asistencia de alquiler/hipoteca y cuando experimentó pérdida de trabajo o reducción salarial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Si usted fue empleado y recibió el pago en efectivo, indique a qué se dedica; su pago por hora antes del 1 de Marzo de 2020; y explique sus circunstancias actuales de empleo (p.ej., reducción de salario o pérdida de empleo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. INFORMACIÓN SOBRE ALQUILER / HIPOTECA:**

Propietario / Nombre de la Compañía Hipotecaria	
Dirección Postal - Calle	
Dirección Postal - Ciudad	
Dirección Postal - Estado	
Dirección Postal – Código Postal	
Propietario / Hipotecario Número de Teléfono	
Alquiler Mensual/Cantidad de Hipoteca	
Cantidad Debida (de 1 de Marzo hasta la fecha)	

**D. INFORMACIÓN ADICIONAL:**

1. ¿Está recibiendo actualmente servicios de South Bay Community Services?  Sí  No

En caso afirmativo, Nombre de Personal o Programa: \_\_\_\_\_



Al firmar esto, certifico la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud y solicito formalmente asistencia. Además, doy permiso para que South Bay Community Services comparta mi información con United Way del Condado de San Diego y el propietario/hipotecario para el procesamiento de mi solicitud.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Persona en el Hogar con Pérdida de Trabajo/  
 Horas Reducidas

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**PARA USO DE SOUTH BAY COMMUNITY SERVICES SOLAMENTE**

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

**Notas sobre la elegibilidad:**

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleado (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
 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.