



Estimado solicitante de TBRA:

La Autoridad de Viviendas de Pawtucket en asociación con la Ciudad de Pawtucket, ha recibido una asistencia de emergencia para inquilinos de \$300,000 a través del Programa HOME del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) con el propósito de ayudar a las familias que se han visto afectadas por la pandemia del COVID-19.

La PHA brindará asistencia para el alquiler a aquellas personas que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Esta asistencia de alquiler cubrirá el período de tiempo entre el 1 de abril del 2020 al 31 de diciembre del 2020. Los aplicantes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en el paquete de solicitud.

La asistencia se proveerá por orden de llegada. La cantidad máxima de asistencia por hogar es de \$5,000. La Autoridad de Viviendas de Pawtucket determinará las necesidades del hogar a medida que las solicitudes se procesen en el orden en que se reciban.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar o enviar un correo electrónico a Rosa Felix-Pichardo a RFelix-Pichardo@pawthousing.org (401) 688-6939 o Mary Michalczyk a marym@pawthousing.org (401) 721-5192.

Los mejores deseos, .

Mary A. Michalczyk
Director of Housing Management

Adjunto: Paquete de aplicación para el programa TBRA

RESPONDA LAS SIGUIENTES ELEGIBILIDADES

PREGUNTAS ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD PARA DETERMINAR SI ES ELEGIBLE

- 1) ¿Los ingresos de su hogar es menos o igual a los siguientes límites de ingresos? Si la respuesta es SÍ, es elegible y puede pasar a la Pregunta # 2. Si respondió NO, usted no es elegible y puede DETENER el proceso de solicitud.

1	2	3	4	5	6	7	8
Persona	Personas	Personas	Personas	Personas	Personas	Personas	Personas
\$36,540	\$41,760	\$46,980	\$52,200	\$56,400	\$60,600	\$64,740	\$68,940

- 2) ¿Reside en la ciudad de Pawtucket? Si responde SÍ, es elegible y puede pasar a la Pregunta # 3. Si responde NO, NO es elegible y puede DETENER el proceso de solicitud.
- 3) ¿Perdió su empleo o sus ingresos de forma permanente o temporal debido al COVID-19? Si responde SÍ, es elegible y puede pasar a la Pregunta # 3. Si respondió NO, no es elegible y puede DETENER el proceso de solicitud
- 4) ¿Recibe asistencia para la vivienda (ejemplo: Sección 8, Asistencia para vivienda basada en proyectos)? Si la respuesta es NO, puede continuar llenando la solicitud de Asistencia de vivienda de emergencia para inquilinos.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE APLICACIÓN COVID-19 ASISTENCIA DE ALQUILER BASADO EN INQUILINOS DE EMERGENCIA

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER COMPLETADO, FIRMADO O ENTREGADO

- Solicitud completada:** no se aceptarán solicitudes incompletas.
 - Solicitud firmada:** Debe estar firmada por todos los miembros del hogar mayores de 18 años.
 - Formulario de autocertificación de ingresos:** no se aceptará el formulario incompleto.
 - Formulario de autocertificación de ingresos firmado:** debe estar firmado por todos los miembros del hogar mayores de 18 años
 - Formulario de autorización de elegibilidad del programa HOME:** debe estar firmado por todos los miembros del hogar de 18 años de edad o mayores.
 - Formulario de divulgación del solicitante de información del dueño de la casa :** completado y firmado
 - Copias de identificaciones con foto para **todos los miembros de la familia de 18 años de edad o mayores.**
 - Copias de certificados de nacimiento para cada miembro del hogar
 - Copia de tarjetas del Seguro Social para todos los miembros del hogar que buscan beneficios bajo este programa
 - El contrato de arrendamiento actual **DEBE ser firmado por el dueño de la casa y el inquilino.**
 - Copias de facturas de servicios públicos (gas y electricidad) **desde el 1 de abril del 2020 hasta el presente, si está solicitando asistencia para el atraso en las facturas de servicios públicos.**
 - Prueba de crisis financiera debido a COVID-19: Pérdida de ingresos, problemas de salud y seguridad o evento de crisis que puede respaldarse con documentación que lo conecte a COVID-19 (ejemplo: notificación del empleador sobre el cierre del negocio, reducción de horas, hospitalización, cuarentena cuidado de niños / indisponibilidad escolar).
 - Statements Estados de cuenta bancarios para el período entre el 1 de abril del 2020 hasta el presente (se puede usar para mostrar la pérdida de ingresos).
-

Las solicitudes serán aceptadas por orden de llegada. **Las solicitudes deben completarse con todos los documentos solicitados o la solicitud será devuelta.**

Puede devolver las solicitudes de la siguiente manera:

1. Entregado personalmente a la Autoridad de Vivienda de Pawtucket - 214 Roosevelt Avenue, Pawtucket, Rhode Island – ay un buson en el área del vestíbulo de la oficina que pueden dejar documentos **O**
2. Correo regular: Pawtucket Housing Authority, 214 Roosevelt Avenue, Pawtucket, RI 02860, Attn: Mary Michalczyk

PARA PREGUNTAS O ASISTENCIA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD, **LLAME A ROSA FELIX-PICHARDO (401) 688-6939 O MARY MICHALCZYK al (401) 721-5192**



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALQUILER PARA INQUILINOS DE EMERGENCIA

PREVENCIÓN DE DESALOJO, ASISTENCIA DE ALQUILER / DEPÓSITO DE SEGURIDAD, FACTURAS DE SERVICIOS PÚBLICOS

SOLICITUD

Escribe Claramente

Cabeza del Hogar: _____ Fecha de Nacimiento _____

Co-jefe del hogar: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección actual: _____

Ciudad _____ : Estado: _____ Código postal: _____

Dirección (es) anterior (es) del solicitante si hace menos de dos años en la ubicación actual:

De teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

Información del miembro del hogar:

Apellido	Primer Nombre	Número de seguro social o Número de Registro de Extranjero	Sexo	Ciudadanos estadounidenses S / N	Fecha de nacimiento

Información sobre los ingresos del hogar:

Si usted o CUALQUIER miembro del hogar recibe ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes, marque la (s) fuente (s) y complete el cuadro a continuación para incluir los ingresos de todos los miembros del hogar:

- TANF - RI Works Pensión de retiro Ingreso de seguridad suplementario (SSI) Beneficios VA
- Desempleo Child Support Seguridad Social Cupones de alimentos
- Subsidio de crianza Compensación de trabajadores RI TDI (discapacidad) Otros ingresos

Nombre del miembro del hogar	Ingresos (SSI, desempleo, etc.)	Monto Mensual bruto
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Información sobre los bienes del hogar:

1. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene acceso a alguno de los siguientes?

- Cuenta de ahorros? Si No Certificado de Depósito (CD)? Si No
Cuenta de cheques? Si No Cuenta del Mercado Monetario? Si No

Nombre del miembro de la familia	Nombre del banco	Número de Cuenta	Balance
1.			
2.			
3.			
4.			

2. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene acceso a alguno de los siguientes?

- Acciones? Si No Bonos? Si No
Bienes Raices/ Propiedad? Si No Fondos Fiduciarios? Si No
Herencias? Si No IRA? Si No
Seguro de Vida? Si No Cualquier otra Inversión Capital? Si No

Nombre del miembro de la familia	Tipo de Biene	Número de Cuenta	Valor
1.			
2.			
3.			
4.			

¿Para cual asistencia está solicitando? Por favor marque a continuación:

- Asistencia para la prevención de desalojos: si esta atrasado(a) con sus pagos de renta (desde el 1 de abril del 2020 al presente)**
- Facturas de servicios públicos (1 de abril de 2020 - presente)**
- Asistencia con el depósito de seguridad / Asistencia para alquilar un nuevo departamento**

Explique brevemente:

ASISTENCIA DE RENTA – PREVENCIÓN DE DESALOJO: Si solicita asistencia porque está atrasado en los pagos de su renta, responda las siguientes preguntas. Si no es así, 2acture2 con la siguiente sección.

Información de su propietario actual:

Nombre del propietario:	Número de teléfono:
Dirección:	Cuidad/Estado/Codigo postal:

Pago de rental mensual: \$ _____

¿Cuándo hizo su 3actur pago de renta? _____

¿Cuánto está atrasado en su renta? _____

¿En este momento esta recibiendo algún tipo de asistencia para pagar su renta? Si No

Si es así, especifique _____

ASISTENCIA CON SERVICIOS PÚBLICOS – FACTURAS DE SERVICIOS PÚBLICOS: Si solicita asistencia porque esta atrasado con las facturas de servicios públicos, responda las siguientes preguntas. **Si no es así,** 3acture3 con la siguiente sección.

Factura del gas:

Cuánto está atrasado en su 3acture de gas desde el período del **1 de abril del 2020 hasta la fecha:** \$ _____

¿Cuál es el monto total que debe en su 3acture de gas? \$ _____

¿Recibe alguna asistencia de servicios públicos a través de Blackstone Valley Community Action Program (BVCAP) para pagar su 3acture de gas? Si No

En caso que si, ¿cuánto ha recibido de BVCAP este año? \$ _____

Factura de la luz:

Cuánto está atrasado en su 3acture de luz desde el período del **1 de abril del 2020 hasta la fecha presente:** \$ _____

¿Cuál es el monto total que debe en su 3acture de luz? \$ _____

¿Recibe alguna asistencia de servicios públicos a través de Blackstone Valley Community Action Program (BVCAP) para pagar su 3acture de luz? Si No

En caso que si, ¿cuánto ha recibido de BVCAP este año? \$ _____

ASISTENCIA PARA EL DEPÓSITO DE SEGURIDAD / PRIMER MES DE ALQUILER: Si solicita esta asistencia, responda las siguientes preguntas:

¿Cuál es la dirección del nuevo departamento en la ciudad de Pawtucket?

1. Proporcione la siguiente información de su nuevo propietario o compañía administradora de propiedades:

Nombre:	Número de teléfono:
Dirección:	Cuidad/Estado/Codigo postal:

2. ¿Cuánto es su pago de rental mensual en el nuevo departamento? \$ _____.

3. ¿Cuántos dormitorios? _____.

4. ¿La renta incluye los servicios públicos? _____. Si no es así, marque los servicios públicos por los que está pagando y la fuente del servicio:
- Cocinar - gas o electricidad: _____
 - Calefacción - gas, petróleo o electricidad: _____
 - Agua caliente - gas o electricidad: _____
 - Otro eléctrico: _____

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO DEL CABEZA DEL HOGAR		
RAZA: Marque la raza apropiada: (Se puede ingresar más de una categoría si corresponde).		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / otras islas del Pacífico	
Origen étnico: (marque la etnicidad apropiada) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR LA SOLICITUD

Al firmar esta solicitud, certifica que ha respondido **TODAS** las preguntas y que la información que ha proporcionado es verdadera y precisa. **Si no ha llenado esta solicitud por completo, se considerará una solicitud incompleta y se le devolverá. También reconoce que esta asistencia de emergencia no está garantizada. Se DEBEN enviar copias de todos los documentos requeridos con la solicitud.**

_____ Nombre de la cabeza de familia	_____ Firma de la cabeza de familia	_____ Fecha
_____ Nombre de la segunda cabeza de familia	_____ Firma de la segunda cabeza de familia	_____ Fecha
_____ Nombre de miembro adulto/a del hogar	_____ Firma de miembro adulto/a del hogar	_____ Fecha
_____ Nombre de miembro adulto/a del hogar	_____ Firma de miembro adulto/a del hogar	_____ Fecha

Consulte la Lista de verificación de la solicitud para ver la documentación requerida que DEBE enviar con su solicitud.

HOME-Programa de Asociaciones de Inversiones
Autocertificación de Ingresos Anuales para Implementar la exención regulatoria por el COVID-19

INSTRUCCIONES:

Complete un formulario y incluya la información solicitada para todas las personas en el hogar. Complete un formulario adicional si el solicitante necesita más espacio. La cabeza de familia adulto debe firmar y poner la fecha en el formulario. Este formulario es válido para su uso entre el **10 de abril del 2020 y el 31 de diciembre del 2020.**

PARTE I: ELEGIBILIDAD

La asistencia para el alquiler de emergencia financiada por HOME se limita a las familias con ingresos anuales que **NO exceden el [60] por ciento del ingreso medio del área**, según lo determinado por HUD. La asistencia se limita a (a) los solicitantes que han perdido su empleo o ingresos, permanente o temporal; debido a la pandemia de COVID-19 y a (b) personas o familias sin hogar.

Ciudad de Pawtucket, Rhode Island
Programas federales de vivienda y desarrollo comunitario *
Pautas de Ingresos 2020
Efectivo: 1 de julio del 2020

Ingresos Familiares Por Medio 2020	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Bajo Ingresos (60% de la mediana)	\$36,540	\$41,980	\$46,980	\$52,200	\$56,400	\$60,600	\$64,740	\$68,940

Para cumplir con las pautas del programa HOME, el solicitante debe indicar qué categoría de elegibilidad se aplica a su hogar. **No complete el resto de este formulario si el hogar no cumple con los límites de ingresos del programa y una de las categorías siguientes.**

Marque todo lo que corresponda: Sin Hogar Dificultades Financieras

DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN: Si el solicitante ha tenido **dificultades financieras como resultado de la pandemia de COVID-19**, el solicitante **DEBE** describir cómo ha cambiado la situación financiera del hogar (por ejemplo, pérdida de empleo o ingresos reducidos, ya sea temporal o permanentemente; trabajo perdido debido a cuidado de un niño, anciano o persona con discapacidad, gastos médicos por COVID, etc.). (Utilice el reverso de la hoja si no cabe en esta caja).

HOME-Programa de Asociaciones de Inversiones
Autocertificación de Ingresos Anuales para Implementar la exención regulatoria por el COVID-19

PARTE II: INFORMACIÓN DEL HOGAR

Ingrese la dirección legal (donde vive actualmente el solicitante) y la información de contacto a continuación. Si la persona del hogar está sin hogar o se encuentra en una vivienda temporal, proporcione una dirección postal (donde el solicitante recibe el correo actualmente).

	Dirección Legal	Dirección Postal (si es diferente a la legal)
Calle, Apto./Unidad.		
Estado, ciudad, código postal		
Números de teléfono		
Correo electrónico (s)		

Ingrese toda la información del hogar a continuación e indique si algún miembro es o será un estudiante de medio tiempo / tiempo completo en los próximos 12 meses. No incluya a los ayudantes que viven con ellos, los hijos de los ayudantes, los niños de crianza ni los adultos de crianza.

# del miembro del hogar	Nombre (Último, Primero, MI)	Relación con la Cabeza de la casa (esposa/o, hijo/a, etc.)	Fecha de nacimiento (mm / dd / año)	*Estudiante (Tiempo completo / parcial, ninguno)	**Discapacitado (S / N)
1		Cabeza de la casa			
2					
3					
4					
5					
6					

* Nota para el solicitante: Los estudiantes no califican para la asistencia de HOME a menos que el individuo cumpla con una de las exenciones a continuación. Marque todo lo que corresponda:

- Mayores de 24 años
 Veterano del Estadounidense
 Casada/o
 Tiene hijos dependientes
 El miembro es parte de un hogar de bajos ingresos

HOME-Programa de Asociaciones de Inversiones
Autocertificación de Ingresos Anuales para Implementar la exención regulatoria por el COVID-19

PARTE III: INGRESO ANNUAL

Informe todos los ingresos actuales e ingresos que se espera recibir en los próximos 12 meses, **incluida la compensación por desempleo a largo plazo y todos los pagos por condiciones de vida peligrosas. NO INCLUYE:** Pagos de impacto económico del IRS (cheques de estímulo), Compensación federal por desempleo pandémico (los \$ 600 adicionales por semana), ingresos de un ayudante, hijos de ayudantes, hijos de crianza, adultos de crianza o el Renta de menores.

Sección A: Para cada miembro del hogar a continuación, **anticipe los ingresos anuales de los próximos 12 meses** convirtiendo los ingresos actuales en cifras anuales. **Convierta los salarios / ingresos multiplicándolos por la frecuencia con la que se reciben y factorizando los montos que terminarán antes del final de los próximos 12 meses. Multiplique el ingreso semanal por 52; Ingresos quincenales (recibidos cada dos semanas) por 26; Ingresos quincenales (recibidos dos veces al mes) por 24; e Ingresos mensuales por 12. Un estudiante de tiempo completo, de 18 años o más (excluyendo al jefe de familia o cónyuge) debe excluir las ganancias que excedan los \$ 480 como ingresos anuales. Deje en blanco las que no apliquen. Para determinar el ingreso total del hogar, sume todas las columnas en la última fila de este cuadro.**

Origen de Ingresos	Miembro del hogar # 1	Miembro del hogar # 2	Miembro del hogar # 3	Miembro del hogar # 4	Miembro del hogar # 6	Miembro del hogar # 6
Compensación por desempleo (incluye desempleo regular, Asistencia por desempleo pandémico y Compensación por desempleo de emergencia pandémica) (excluya la compensación federal por desempleo pandémico)						
Sueldos, salario, horas extra, pago por condiciones de vida peligrosas, comisiones, honorarios, propinas, bonificaciones (antes de las deducciones de sueldo)						
Ingresos netos de negocios y trabajo por cuenta propia (incluye ingresos de contratistas independientes, trabajos de economía como Etsy, Amazon, eBay, Uber, Lyft, Instacart, Grubhub, etc.)						
Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo de propiedad personal (incluye ingresos por alquiler)						
Seguridad Social (incluya discapacidad / suplementario; incluya el monto bruto antes de cualquier prima de Medicare)						
Jubilación / Pensión / Póliza de seguro / Aualidades						
Beneficios por discapacidad o muerte (indemnización por discapacidad)						
Compensación de trabajadores, compensación por despido						

HOME-Programa de Asociaciones de Inversiones

Autocertificación de Ingresos Anuales para Implementar la exención regulatoria por el COVID-19

Pagos de asistencia social (Asistencia temporal a familias necesitadas)						
Pago regular, pago especial y subsidio de vivienda para las Fuerzas Armadas (excluye la paga por peligrosidad militar)						
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA) (excluya los beneficios por discapacidad diferidos)						
Pagos de asistencia para la adopción (excluya la cantidad en exceso de \$ 480)						
Pensión alimenticia o manutención infantil (incluya solo los montos esperados)						
Obsequios en efectivo recurrentes de organizaciones privadas / sin fines de lucro / de caridad o amigos / familiares que no residirán en la unidad						
Otro (por favor describa):						
Total por cada miembro del hogar						
Sección A: Ingresos totales del hogar						

Sección B - Ingresos de los bienes: Los ingresos anuales incluyen los ingresos derivados de los bienes a los que tienen acceso. Los intereses o dividendos obtenidos se contabilizan como ingresos incluso cuando las ganancias se reinvierten. Utilizando las categorías siguientes, informe el (a) tipo de bienes de cada miembro del hogar, (b) el valor en efectivo de los bienes y (c) el ingreso derivado de los bienes (**informe únicamente las cifras anuales**). Si los bienes no genera ingresos, declare cero. Si el miembro del hogar no tiene bienes, déjelo en blanco. Calcule los totales en la última fila de esta tabla.

Miembro del hogar #	Categorías de bienes: Cuenta de cheques, ahorros, fondos mutuos, cuenta del mercado monetario. Equidad en propiedades, retiro y pensiones, 401 (K), acciones, bonos, letras del tesoro, certificado de depósito, anualidades, fideicomiso revocable, hipotecas o escritura de fideicomiso, póliza de seguro de vida entera, suma global - herencia, ganancias de lotería, seguro Asentamientos, propiedad personal mantenida como inversión (por ejemplo, antigüedades, gemas, etc.)	Valor en Efectivo de los Bienes	Intereses / dividendos obtenidos en los bienes
1			
2			

HOME-Programa de Asociaciones de Inversiones
Autocertificación de Ingresos Anuales para Implementar la exención regulatoria por el COVID-19

3			
4			
5			
6			
Miembro del hogar #	Bienes Dispuestos: Ingreso regalados por menos del valor justo de mercado en los últimos 24 meses con un valor superior a \$ 1,000 (por ejemplo, venta de una casa)	Valor en Efectivo de los Bienes	Ingresos por disposición Activo
		Caja (B1) Valor total de bienes	Caja (B2) Ingresos totales de bienes
		\$	\$

Para ser completado por el Administrador del Programa

Para ser completado por el Administrador del Programa	
Si la cantidad en la casilla (B1) es mayor de \$ 5000, calcule el valor imputado de los bienes- multiplicando Casilla (B1) según la tasa de ahorro de la libreta de ahorros de (.06%)	Caja (B3) Valor del bien imputado
	\$
Sección B: Ingresos totales de activos (mayor de la casilla (B2) o (B3))	\$
Ingreso anual total del hogar (Secciones A + B)	\$

PARTE IV: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es completa y precisa según entiendo. Entiendo que el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos. Establece que una persona es culpable de un delito grave y que la asistencia puede ser cancelada por hacer voluntariamente una declaración falsa o fraudulenta a un departamento del gobierno de los Estados Unidos. Estoy de acuerdo en proporcionar cualquier documentación adicional requerida por el administrador del programa para documentar mi / nuestro ingreso familiar.

Cabeza de Familia		
Firma	En letra de Molde	Fecha

HOME-Programa de Asociaciones de Inversiones
Autocertificación de Ingresos Anuales para Implementar la exención regulatoria por el COVID-19

OTROS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR		
Firma	En letra de Molde	Fecha
Firma	En letra de Molde	Fecha
Firma	En letra de Molde	Fecha
Firma	En letra de Molde	Fecha
Firma	En letra de Molde	Fecha

**HOME Program
Eligibility Release Form**

Organization requesting release of information
(PJ name, address, telephone, and date)

Pawtucket Housing Authority
214 Roosevelt Avenue
Pawtucket, RI 08260
(401) 721-5192

Purpose: Your signature on this HOME Program Eligibility Release Form, and the signatures of each member of your household who is 18 years of age or older, authorizes the above-named organization to obtain information from a third party relative to your eligibility and continued participation in the:

HOME TBRA Program
HOME Homebuyer Program
HOME Rental Rehabilitation Program
HOME Homeowner Rehabilitation Program

Privacy Act Notice Statement: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is requiring the collection of the information derived from this form to determine an applicant's eligibility in a HOME Program and the amount of assistance necessary using HOME funds. This information will be used to establish level of benefit on the HOME Program; to protect the Government's financial interest; and to verify the accuracy of the information furnished. It may be released to appropriate Federal, State, and local agencies when relevant, to civil, criminal, or regulatory investigators, and to prosecutors. Failure to provide any information may result in a delay or rejection of your eligibility approval. The Department is authorized to ask for this information by the National Affordable Housing Act of 1990.

Instructions: Each adult member of the household must sign a HOME Program Eligibility Release Form prior to the receipt of benefit and on an annual basis to establish continued eligibility. Additional signatures must be obtained from new adult members whenever they join the household or whenever members of the household become 18 years of age.

NOTE: THIS GENERAL CONSENT MAY NOT BE USED TO REQUEST A COPY OF A TAX RETURN. IF A COPY OF A TAX RETURN IS NEEDED, IRS FORM 4506, "REQUEST FOR COPY OF TAX FORM" MUST BE PREPARED AND SIGNED SEPARATELY.

Information Covered: Inquiries may be made about items listed below:

- Income – all sources
- Assets – all sources
- Childcare – all sources
- Handicap Assistance Expenses (if applicable)
- Medical Expenses (if applicable)
- Other (list):

- Dependent Deduction:
- _____ Full Time Student
 - _____ Handicap/disabled Family Member
 - _____ Minor Children

Authorization: I authorize the above-named HOME Participating Jurisdiction and HUD to obtain information about me and my household that is pertinent to eligibility for participation in the HOME Program.

I acknowledge that:

- (1) A photocopy of this form is as valid as the original.
- (2) I have the right to review the file and the information received using this form (with a person of my choosing to accompany me).
- (3) I have the right to copy information from this file and to request correction of information I believe inaccurate.
- (4) All adult household members will sign this form and cooperate with the owner in this process.

Head of Household—Signature, Printed Name, and Date:
Family Member HEAD

X

Other Adult Member of the Household—Signature, Printed Name, and Date:
Family Member #2

X

Other Adult Member of the Household—Signature, Printed Name, and Date:
Family Member #3

X

Other Adult Member of the Household—Signature, Printed Name, and Date:
Family Member #4

X

214 Roosevelt Avenue, P.O. Box 1303, Pawtucket, Rhode Island 02862-1303
Phone : 401-721-6000 • Fax: 401-723-3970 • TDD: 800-745-5555 • Web: www.pawthousing.org

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ALQUILER

Divulgación de información del propietario por parte del solicitante

Nombre del solicitante: _____

Dirección de donde alquila: _____

Yo, _____, otorgo a la Autoridad de Vivienda de Pawtucket permiso para comunicarse con mi propietario actual o administrador de la propiedad con el propósito de discutir todos los hechos y circunstancias de mi arrendamiento actual.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del propietario: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____