



**PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA PARA VIVIENDA**  
**SOLICITUD DE SELECCIÓN PREVIA**  
**(SOLICITUD PARA ARRENDADORES)**

**POR FAVOR, ENVÍE SOLAMENTE UNA SOLICITUD POR HOGAR**

*(Los formularios completos pueden enviarse por fax al 214-819-6085 o mediante un enlace de correo electrónico seguro proporcionado por el asistente social)*

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL ARRENDADOR**

- A. Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido\*) (Inicial del segundo nombre) (Nombre\*)
- B. Número de identificación de contribuyente (TIN) del arrendador (SSN o EIN de 9 dígitos)\*: \_\_\_\_\_
- C. Información de contacto: Teléfono\*: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- D. Dirección\*: \_\_\_\_\_ Apto. N.º: \_\_\_\_\_  
Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_
- E. Nombre de la propiedad de alquiler: \_\_\_\_\_
- F. Dirección de la propiedad de alquiler\*: \_\_\_\_\_  
Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_ Condado\*: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL INQUILINO**

- A. Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido\*) (Inicial del segundo nombre) (Nombre\*)
- B. Información de contacto: Teléfono\*: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- C. Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_
- D. Número de identificación emitido por el gobierno de EE. UU. (DL, ID, pasaporte)\*: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III: ASISTENCIA ACTUAL A TRAVÉS DE OTRAS ENTIDADES**

- A. Actualmente recibe asistencia o vive en alguno de los siguientes (✓):  SÍ  NO  
(En caso afirmativo, seleccione qué tipo de asistencia está recibiendo)
- Vivienda pública
  - Cupón de Elección de Vivienda (Sección 8)
  - Participantes del Programa de Cupones para Vivienda Basada en Proyectos
  - Otras entidades o programas (nombre del proveedor de asistencia): \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN IV: INFORMACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

- A. Tipo de vivienda:  Alquiler  Hipoteca
- B. Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. N.º: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
*(Comprobante de residencia: se exigirá una identificación con foto en la admisión)*

#### SECCIÓN V: INFORMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES

- A. Total de miembros del hogar, incluido el solicitante: \_\_\_\_\_
- B. Ingresos familiares mensuales antes del impacto económico debido al COVID-19:
- Trabajo: monto mensual
  - SSI: monto mensual
  - Seguro por desempleo: monto mensual
  - Pensión: monto mensual
  - Seguridad Social: monto mensual
  - Otro: monto mensual
- C. Ingresos anuales totales de todos los familiares: \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN VI: IMPACTO ECONÓMICO POR EL COVID-19

- A. Ingresos familiares afectados por el COVID-19 (el impacto debe ser desde el 1 de abril de 2020 o luego de esa fecha):  
 SÍ  NO  
En caso afirmativo, impacto debido a (✓):  Pérdida de trabajo  Reducción de ingresos
- B. La pérdida de trabajo o la reducción de ingresos causó el incumplimiento de pago del alquiler o de la hipoteca:  
 SÍ  NO
- En caso afirmativo, fecha del impacto: \_\_\_\_\_  
*(Se exigirá un comprobante de impacto en la admisión)*

#### SECCIÓN VI: IMPACTO ECONÓMICO POR EL COVID-19

Certificación: certifico que la información anteriormente declarada es cierta y exacta; entiendo que la información anterior, en caso de ser tergiversada o incompleta, puede ser motivo de negación o de sanciones, tal como lo especifica la ley.

- Además, certifico que he obtenido la autorización del inquilino mencionado para realizar esta solicitud en su nombre.
- Reconozco que cualquier pago recibido por mí y realizado bajo este programa se utilizará para satisfacer las obligaciones del inquilino mencionado.

Por favor, firme escribiendo su nombre en el cuadro de firma a continuación:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha