

# Solicitud del Programa de Asistencia de Emergencia Para Alquiler Residencial (RERAP)



Si ha experimentado dificultades debido al COVID-19 y necesita ayuda para pagar su ALQUILER, *PUEDE* ser elegible para RERAP.

Para ser elegible, debe responder "**sí**" a **todas** las siguientes afirmaciones:

- Soy un inquilino en el Condado de Ocean.
- No puedo pagar el alquiler porque COVID-19 me ha impactado negativamente.
- Los ingresos de mi hogar cumplen con los límites del Programa.
- Alguien en mi hogar: (1) calificó para desempleo o (2) tuvo una disminución en los ingresos o un aumento en los gastos debido al COVID-19.
- Mi hogar está actualmente en riesgo de inestabilidad de vivienda o falta de vivienda.



El Condado de Ocean no discrimina por motivos de raza, color, credo, origen nacional, sexo, religión, estado civil, estado con respecto a la asistencia pública, discapacidad, estado familiar, identidad de género u orientación sexual en la prestación de servicios.

### **Lista de verificación de la documentación del inquilino:**

Papeleo para tener listo (si lo tiene) por cada miembro del hogar mayor de 18 años:

- Documentación de identificación, como licencia de conducir, ID REAL, pasaporte u otra identificación con foto emitida por el gobierno
- Calificación para el seguro de desempleo, con fecha de Marzo del 2020 o posterior
- Pagos del seguro de desempleo, con fecha de Marzo del 2020 o posterior
- Contrato de arrendamiento firmado
- Aviso(s) de pago de alquiler
- Historial de pago de alquiler
- Información sobre los ingresos del hogar:
  - Declaración de impuestos del 2020 (formulario 1040) de todos los adultos en su hogar;
  - Declaraciones de ingresos W-2 2020 de todos los trabajos de todos los adultos;  
o
  - Aviso de elegibilidad (con fecha del 1 de Enero del 2020 o posterior) para beneficios públicos basados en ingresos de programas como SNAP, Cupones de Alimentos, Women, Infants and Children (WIC), Medicaid, Medicare, Asistencia de Guardería, Vales de Vivienda, Asistencia de Vivienda de la Sección 8 y Vivienda Pública
  - Recibos de pago mensuales de todos los miembros adultos del hogar de todos los trabajos durante los últimos 2 meses
  - Extractos bancarios que muestren los ingresos y las ganancias de todos los miembros adultos del hogar
  - Otra evidencia de ingresos para todos los miembros adultos del hogar
- Auto-atestación de no ingresos

### **Lista de verificación de la documentación del propietario:**

- W-9
- Licencia comercial de Nueva Jersey
- Verificación de identidad (ver arriba)

**Si tiene preguntas sobre la información solicitada o la documentación requerida, llame al 1-833-753-9571 para obtener ayuda. Visite la página web de RERAP:**

**<http://www.co.ocean.nj.us/OC/frmRERAP-SP.aspx>**

**Tenga en cuenta que esta solicitud se considerará "enviada" una vez que la información proporcionada se haya ingresado en línea.**

**Información del Aplicante:**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

ITIN (Opcional): \_\_\_\_\_ SSN (Opcional): \_\_\_\_\_

Fecha de cumpleaños (requerido): \_\_\_\_\_

**Raza (Marque Uno):**

Indio americano o nativo de Alaska (personas que tienen orígenes en cualquiera de las personas originales de América del Norte, Central o del Sur)

Negro / Afroamericano

Asiático (personas que tienen orígenes en el Lejano Oriente, el sudeste asiático o los subcontinentes Indios)

Isleño del Pacífico (personas que tienen orígenes en Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico)

Blanco (personas que tienen orígenes en Europa, Medio Oriente o África del Norte, excluyendo los grupos raciales negros)

Varias razas

Prefiero no responder

**Origen Étnico (Marque Uno):**

**No**, no de origen Mexicano, Puertorriqueño, Sur o Centroamericano, o de otra cultura u origen Español, independientemente de la raza.

**Sí**, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano o Centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de la raza

Sin especificar

**Sexo (Marque Uno):**

- Masculino
- Mujer
- Mujer transgénero
- Hombre transgénero
- Variante de género / No conforme
- No enlistado
- Prefiero no responder

**Idioma Principal (Marque Uno):**

- Lenguaje de Signos Americano
- Inglés
- Español
- Chino
- Somalí
- Vietnamita
- Otro (Especificar)

**Dirección:**

Dirección Línea 1: \_\_\_\_\_

Dirección de calle Línea 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: Nueva Jersey

Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

**Información del hogar:**

¿Cuántas personas viven en su casa, incluidos todos los adultos y los niños? \_\_\_\_\_

**Estado de Trabajo (Marque Uno):**

- Empleado de tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial
- Trabajador agrícola migrante estacional
- Desempleado: 3 meses o menos
- Desempleado: Más de 3 meses
- Desempleado: No en la Fuerza Laboral
- Retirado
- Trabajadores por cuenta propia
- Trabajador por obra
- Estudiante
- Niño
- Sin especificar

**Información del contacto:**

Número Celular: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**Marque Uno:**

    Mi dirección postal es la misma que la dirección de la propiedad

    Mi dirección postal es:

        Dirección Línea 1: \_\_\_\_\_

        Dirección de calle Linea 2: \_\_\_\_\_

        Código Postal: \_\_\_\_\_

        Condado: \_\_\_\_\_

**Información adicional sobre miembros del hogar:**

Miembros adultos del hogar	Primer Nombre	Apellido	Fecha de cumpleaños
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Edad Hijo #1	Edad Hijo #2	Edad Hijo #3	Edad Hijo #4

**Ingresos de los miembros del hogar:**

Miembros adultos del hogar	Primer Nombre	Apellido	Ingreso:	¿Los ingresos son mensuales o anuales?
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Asistencia:**

¿Ha recibido asistencia para el alquiler a través de otros programas?

- No
- Sí
  - si es así, cantidad: \$ \_\_\_\_\_
  - si es así, programa: \_\_\_\_\_

**Información de alquiler:**

Soy Inquilino (marque uno):

- Sí
- No

**Información del propietario:**

Nombre del propietario de la propiedad: \_\_\_\_\_

Números de teléfono (celular / trabajo):

C: \_\_\_\_\_ W: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal (línea 1): \_\_\_\_\_

Dirección postal (línea 2): \_\_\_\_\_

Ciudad de la Dirección: \_\_\_\_\_

Estado / código postal de la dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Números de teléfono (celular / trabajo):

C: \_\_\_\_\_ W: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesito ayuda con el alquiler (marque uno):

- Sí
- No

**Mi estado de desalojo es (Marque uno):**

He recibido un aviso de 3 días.

He recibido un aviso de fecha de corte.

No soy moroso, pero estoy luchando para pagar el alquiler.

Soy delincuente pero no he recibido un aviso de desalojo

¿Recibe un subsidio federal para asistencia de alquiler que pueda ajustarse debido a cambios en sus ingresos? (Marque uno):

- Sí
- No

¿Quién paga esta factura? (Nombre del miembro del hogar): \_\_\_\_\_

Mes	Monto Original Adeudado	Monto Que Ha Pagado	Cuotas Adeudadas	Monto Aún Adeudado
Abril 2020				
Mayo 2020				
Junio 2020				
Julio 2020				
Agosto 2020				
Septiembre 2020				
Octubre 2020				
Noviembre 2020				
Diciembre 2020				
Enero 2021				
Febrero 2021				
Marzo 2021				
Abril 2021				
Mayo 2021				
Junio 2021				

## **Solicitud de Solicitante Individual para Asistencia y Duplicación de Declaración de Beneficios, Certificación y Acuerdo de Subrogación**

El Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia Residencial (RERAP) brinda asistencia de emergencia con el alquiler relacionado con la vivienda incurrida debido al brote de COVID-19 a los hogares inquilinos elegibles en su área de concesión designada. Este programa es administrado por el Departamento de Finanzas del Condado de Ocean y está financiado directa o indirectamente a través del Departamento del Tesoro de los EE. UU. Como parte de la Sección 501 de la División N de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 20021, Pub. L. No. 116-260 (27 de diciembre de 2020) (Sección 501).

RERAP debe implementar procedimientos para prevenir cualquier Duplicación de Beneficios (DOB) como lo requiere la Sección 501. Un solicitante de asistencia RERAP:

- 1) describe la asistencia de RERAP solicitada,
- 2) identifica otra asistencia recibida duplicada o que se espera recibir,
- 3) establece la solicitud de financiamiento de RERAP,
- 4) certifica la exactitud de la información y
- 5) **acepta reembolsar cualquier asistencia RERAP otorgada que esté duplicada.**

---

Firma

---

Fecha

**Formularios adicionales que puede necesitar para solicitar:**

- Certificación del propietario
- Autocertificación de Relación Entre Propietario - Inquilino
- Autocertificación de Ausencia de Ingresos
- Autocertificación de Riesgo a Quedarse Sin Hogar, Indigencia o Proveer Estabilidad de la Vivienda
- Autocertificación de Desempleo, Reducción de Ingresos, Incremento de Gastos o Dificultades Financieras
- Declaración Jurada de Ingresos

Las versiones imprimibles de todos los formularios se pueden encontrar en el sitio web de RERAP en: <http://www.co.ocean.nj.us/OC/frmRERAP-SP.aspx>

Si necesita ayuda imprimiendo estos formularios solicítela.