



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA APOYO

Debe enviar los siguientes documentos de respaldo junto con la Solicitud de TRUA:

Al completar esta lista de verificación, tenga en cuenta que consideramos que el solicitante y el co-solicitante son miembros del hogar que figuran en el contrato de arrendamiento.

* Complete las 5 páginas de esta **Solicitud de TRUA** (adjunta)

* **Identificación con foto** del solicitante y co-solicitante

* **Contrato de arrendamiento** (se aceptarán arrendamientos vencidos si son mensuales. También se aceptarán solicitudes de alquiler, libros de contabilidad o recibos si contienen el nombre y la dirección del inquilino, el nombre del propietario y el monto del alquiler mensual)

* **Prueba de Ingresos**

Si recibe alguno de los siguientes beneficios, proporcione la **prueba del beneficio de los 30 días anteriores** como la única documentación necesaria para comprobar los ingresos del hogar.

- Ayuda al Ciego (AB)
- Ayuda al Necesitado Discapacitado (AND)
- Vale de Elección de Vivienda (Sección 8)
- Pensión por Edad Avanzada (OAP)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- AYUDA Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Programa de Asistencia Energética para Personas de Bajos Recursos (LEAP)

Si no recibe ninguno de los beneficios anteriores o no tiene prueba del beneficio, proporcione la documentación de verificación de ingresos de los 30 días anteriores para todos los miembros adultos del hogar mayores de 18 años para todas las fuentes de ingresos que se enumeran en la solicitud de TRUA. La documentación debe incluir el nombre del adulto y estar fechada dentro de los 30 días. La documentación de verificación de ingresos puede incluir:

- Talones de Pagos
- Carta de Verificación de Beneficios/Seguro de Desempleo (UI)
- Declaración de Ganancias y Pérdidas
- Carta Firmada y Fechada del Empleador que Indique el Nombre del Solicitante, el Nombre de la Fuente de Ingresos, los Ingresos. Cantidad y Frecuencia, e Información de Contacto del Empleador
- Carta de Prueba de Ingresos del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)
- Carta de Verificación de Beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Pagos de Manutención Infantil Recibidos
- Carta de Beneficios de Jubilación

* **Extractos bancarios más recientes** para el solicitante y el co-solicitante. Debe tener una fecha de 30 días (se aceptarán capturas de pantalla si contienen su nombre, fecha y saldo disponible).

* **Libro mayor de alquileres más reciente:** el solicitante debe obtenerlo directamente del propietario; este formulario muestra el historial de cargos y pagos a la cuenta del solicitante y permite a nuestro personal confirmar el monto total de la renta adeuda.

* - **REQUERIDO**

Solicitud de
ASISTENCIA DE ALQUILER TEMPORAL Y SERVICIOS PÚBLICOS (TRUA)

Responda todas las preguntas. No hacerlo puede resultar en una asistencia retrasada.

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA
LA APROBACIÓN Y LA APROBACIÓN SE
DETERMINA MES A MES**

* Debe vivir en la ciudad y el condado de Denver para calificar para este programa.

* Tenga en cuenta los siguientes límites máximos de ingresos brutos para este programa. El ingreso bruto se determina con base en la información y documentación proporcionada.

TAMAÑO DEL HOGAR					
1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas
\$54,950	\$62,800	\$70,650	\$78,500	\$84,800	\$91,100

TIPO DE ASISTENCIA

¿Qué está solicitando?

Asistencia de Alquiler

He recibido de 10 días y/o desalojo Tengo una cita programada en la corte He estado en la corte

¿Usted o alguien en su hogar ha recibido ayuda de esta asistencia de este programa anteriormente? Sí No

¿Le gustaría un seguimiento para solicitar por separado la asistencia de servicios públicos (agua y/o electricidad)? Sí No

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre (Primer, Segundo, Apellido) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre del Co-Solicitante (Primer, Segundo, Apellido) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ Misma de arriba

Email _____

Teléfono Preferido # _____ Teléfono Alternativo # _____

Sus respuestas a las siguientes preguntas no afectaran su elegibilidad para recibir la ayuda

Situación Actual Laboral (al momento de la solicitud):

Tiempo Completo Medio tiempo Desempleado (¿Desde qué fecha? ____/____/____) Jubilado Otro

UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN
LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES

INFORMACION DE LA CASA

Enumere a TODOS los miembros de su hogar e incluya los ingresos mensuales antes de impuestos para los mayores de 18 años que los reciben. Si vive en una situación de compañero de cuarto y solo solicita su parte del alquiler, solo incluya su información de ingresos y bienes.

NOMBRE	RELACION	EDAD	INGRESO MENSUAL	FUENTE DE INGRESO
1	PROPIA		\$	
2			\$	
3			\$	
4			\$	
5			\$	
6			\$	
TOTAL de Ingreso Mensual pre-impuestos			\$	

Enumere los activos que generan ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que solicitan asistencia. Si vive en una situación de compañero de cuarto y solo solicita su parte del alquiler, solo incluya su información de ingresos y bienes.

(Esto es efectivo/no efectivo que se puede convertir en efectivo.)

Bienes	SOLICITANTE	CO-SOLICITANTE	Miembro Adulto #3	Miembro Adulto #4	Miembro Adulto #5
Checking					
Ahorros					
Efectivo					

INFORMACION DE VIVIENDA

¿En qué tipo de casa vive? Casa Departamento Casa Rodante
 Duplex/Triplex/Fourplex Casa Adosada

¿Si renta, tiene contrato de arrendamiento? Sí No

Monto Mensual de Renta \$ _____

Deuda de Renta Total \$ _____

¿Qué mes (eses) debe? _____

DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Se prohíbe la duplicación de beneficios. Una duplicación de beneficios ocurre cuando un hogar recibe asistencia de múltiples fuentes para el mismo propósito (por ejemplo, asistencia para el alquiler y/o servicios públicos) y la asistencia total es mayor que la necesidad de ese tipo de asistencia. Los solicitantes deben divulgar otra asistencia de alquiler y/o servicios públicos local, estatal y federal que hayan recibido o hayan solicitado recibir específicamente a los impactos del COVID-19. Los solicitantes deberán reembolsar los fondos si reciben beneficios duplicados. Enumere todas las demás fuentes de asistencia financiera o de alquiler de vivienda y / o servicios públicos aplicadas o recibidas (fuentes locales, federales y privadas).

¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido alguna asistencia relacionada con el alquiler y/o servicios públicos de COVID-19 de cualquier fuente (local, estatal, federal, privada) que no sea la asistencia que está solicitando bajo este programa? SI / NO

Si la respuesta es **NO**, continúe con la sección "DECLARACIÓN DE DIFICULTAD". Si la respuesta es **SI**, complete la siguiente sección:

TIPO DE ASISTENCIA	MONTO RECIBIDO	SOLICITADO, PERO NO HAYA RECIBIDO
	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/>

UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN
LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES

DECLARACIÓN DE DIFICULTAD

¿Están sus dificultades relacionadas con el coronavirus (COVID-19)? SI / NO

Si sus dificultades están relacionadas con el coronavirus (COVID-19), ¿da fe de que no puede cubrir sus gastos mensuales debido a dificultades financieras inesperadas causadas por la emergencia de salud pública COVID-19? SI / NO

¿Cuál describe mejor su dificultad? Por favor seleccione una:

<input type="checkbox"/>	Reducción de Ingresos
<input type="checkbox"/>	Pérdida de Empleo/Pérdida de Horas de Trabajo
<input type="checkbox"/>	Dificultad Médica
<input type="checkbox"/>	Gasto Inesperado
<input type="checkbox"/>	Cambio/Pérdida de Beneficios Públicos
<input type="checkbox"/>	Compañero de Cuarto/Miembros del hogar que generan ingresos se fueron
<input type="checkbox"/>	Muerte en la Familia
<input type="checkbox"/>	Otro:

Si su dificultad **NO** está relacionada con COVID-19, proporcione una breve declaración de la dificultad (explique qué evento lo llevó a retrasarse en los pagos de alquiler/servicios públicos):

**REQUERIDO*—DEBE DESCRIBIR SU DIFICULTAD EN ESTE CUADRO DE TEXTO. POR FAVOR CONTINUE SIENDO LO MÁS BREVE POSIBLE.*

Yo / nosotros entendemos que proporcionar información o declaraciones falsas es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda y es punible según la ley federal. Yo / nosotros atestiguamos que yo / nosotros (1) experimentamos una dificultad financiera temporal e imprevista que causó que nos atrasáramos en los pagos de alquiler / servicios públicos, y (2) no tenemos los recursos financieros para pagar el alquiler o la hipoteca sin dejar yo / nosotros no podemos realizar las compras necesarias de bienes y servicios, como alimentos. Al firmar esta Auto certificación de dificultades a continuación, certifico / certificamos que comprendemos / entendemos y aceptamos que podemos ser responsables de reembolsar cualquier otro beneficio que se determine que es una duplicación de la asistencia recibida de este programa.

X

Nombre y Fecha

X

Nombre y Fecha del Co-Applicante

DECLARACIÓN DEMOGRÁFICA DEL HOGAR

UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN
LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES

Los fondos de la Ciudad y el Condado de Denver se han otorgado para financiar el programa de Asistencia Temporal de Alquiler y Servicios Públicos (TRUA). Las regulaciones de la ciudad requieren que el programa brinde beneficios a personas de ingresos bajos y moderados. Todas las preguntas de este documento deben completarse. El formulario debe ser reconocido y firmado.

1. Composición del Hogar:

a. ¿El jefe de familia se identifica como mujer?

SI NO

b. ¿Algún miembro de la familia es mayor de 62 años?

SI NO

c. ¿Algún miembro de la familia se identifica como discapacitado?

(Una discapacidad es un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona; un registro de tal impedimento; o que se considere que tiene tal impedimento.)

SI NO

2. Responda tanto el origen étnico como la raza del solicitante.

(Tenga en cuenta que esta información es necesaria para fines de informes).

ETNIA (por favor seleccione uno)	
Hispano o Latino	
No Hispano o Latino	

CATEGORIA RACIAL UNICA		CATEGORIA MULTI-RACIAL	
Blanco		Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	
Negro/Afro-Americano		Asiático y Blanco	
Asiático		Negro/Afro-Americano y Blanco	
Indio Americano/Nativo de Alaska		Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro-Americano	
Hawaiano Nativo/Otro Isleño del Pacífico		Otra Multi-Raza: Por favor explique (opcional):	

Yo/Nosotros certificamos que la información en esta solicitud y la documentación de respaldo es precisa y verdadera a mi/nuestro mejor conocimiento. Al firmar este documento, libero/liberamos a Brothers Redevelopment, Inc. (BRI) y Northeast Denver Housing Center (NDHC) y sus agencias asociadas para intercambiar con otras entidades, incluidos, entre otros, proveedores de servicios públicos, propietarios y empleadores, cualquier información esencial sobre mi caso que sea necesaria para obtener recursos para satisfacer mis/nuestras necesidades de asistencia. Cualquier información intercambiada con terceros se hará sin discriminación y con respeto a mis/nuestros derechos. Esta información se utilizará únicamente para proporcionarme/ a nosotros asistencia para el alquiler y / o servicios públicos y servicios relacionados. Además, yo / nosotros damos mi consentimiento para ser contactado sobre otros programas y servicios tales como consejería de vivienda. Por la presente, libero/liberamos a Brothers Redevelopment, Inc. (BRI) y Northeast Denver Housing Center (NDHC), a sus funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de la información en esta solicitud.

X

Nombre y Fecha

X

Nombre y Fecha del Co-Applicante

UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN
LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Este formulario debe ser completado por el propietario/administrador de la propiedad.

Atención: Dueño/Propietario:

El programa de Asistencia Temporal para Alquiler y Servicios Públicos (TRUA) está financiado por la Ciudad y el Condado de Denver. Está destinado a proporcionar asistencia temporal a los residentes de Denver que han experimentado dificultades verificadas y no tienen los medios económicos para pagar el alquiler en este momento. Por favor, comprenda que nuestro programa está experimentando retrasos significativos debido a un mayor volumen de aplicaciones como resultado del impacto económico de COVID-19.

Complete los campos a continuación y devuélvalos a su inquilino, ya que esta es la página 5/5 de la solicitud. Tenga en cuenta que - COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA QUE EL SOLICITANTE SERA APROBADO PARA OBTENER AYUDA.

Información de Contacto del Dueño:

Nombre del propietario/administrador de la propiedad:	
Email:	
Número de Teléfono:	

Dirección Postal del Cheque:

Cheque pagable a (propietario, arrendador, empresa gestora):	
Dirección Línea 1:	
Dirección Línea 2:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	

UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA APROBACIÓN
LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES