



El Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia Estándar del Municipio de la Ciudad de Champaign

LEA TODA LA INFORMACIÓN Y VERIFIQUE LA ELEGIBILIDAD ANTES DE LA PRESENTACIÓN:

1. El solicitante **DEBE** residir dentro del Municipio de la ciudad de Champaign.
2. El solicitante **DEBE** tener una fuente verificable de ingresos recurrentes.
3. El alquiler del solicitante **NO** puede exceder la mitad del ingreso bruto mensual de su hogar, a menos que reciba un ingreso fijo como su única fuente de ingresos. Si tiene un ingreso fijo como SSI, compensación de Veteranos, etc., la relación alquiler-ingreso es del 70%.
4. El solicitante **DEBE** tener una causa verificable y temporal de dificultades fuera de su control.
5. Los ingresos familiares del solicitante deben ser menores o inferiores al 200% de la pauta federal de pobreza.
6. Los solicitantes **DEBEN** tener atrasos en el alquiler O actualmente están buscando ayuda con un depósito / primer mes de alquiler.
NOTA: No encontramos vivienda para clientes- usted ya debe ser aprobado para la vivienda dentro de nuestro municipio para ser considerado elegible.
7. El solicitante no ha recibido fondos de asistencia de alquiler de un socio del programa (Comisión de Planificación Regional del Condado de Champaign, Municipio de la Ciudad de Champaign, ni Municipio de Cunningham) en los últimos 2 años.
8. El programa tiene un monto máximo de asistencia de **\$600** y requiere prueba de pago para cualquier saldo restante.
9. **Los fondos no estarán disponibles de inmediato**, ya que las solicitudes deben ser revisadas y verificadas. Por favor, espere de 7 a 14 días para procesar la solicitud, y un adicional de 7 a 10 días para que los administradores de propiedades reciban los fondos.

NOTA: Si NO presenta una solicitud con toda la documentación adjunta (a menos que se haya acordado previamente con el administrador de casos), su solicitud no se considerará para su procesamiento. Usted tiene un período de 7 días en el que los documentos deben ser entregados comenzando el día en que envíe la solicitud incompleta O el día en que usted sea contactado por Bailee, el administrador de casos para obtener asistencia de alquiler. Si los documentos requeridos no se entregaron antes del 7º día, la solicitud se deniega el día 8. Como resultado de esta denegación, usted no será capaz de volver a aplicar durante 3 meses al Programa del Municipio de la Ciudad de Champaign.

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON LA SOLICITUD COMPLETA:

1. Completar la solicitud de asistencia de alquiler de emergencia en línea o en papel en su totalidad.
2. Copia de la identificación con foto de todos los adultos en el hogar y tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar, incluidos los dependientes.
3. Prueba de todos los ingresos del hogar durante los últimos 30 días. Esto puede incluir, pero no se limita a: Ingresos laborales, SSI / SSDI, TANF, Manutención de los hijos, Pensión alimenticia, etc.
4. Contrato de arrendamiento firmado actual o anexo de arrendamiento.
5. Prueba de dificultades, que incluye, pero no se limita a: facturas de reparación de automóviles, verificación de personas sin hogar, pérdida de empleo/ pérdida de horas, cambio de composición del hogar, notas del médico, etc.
6. Aviso de saldo de 5, 10 días u otro aviso de saldo de parte del arrendador o propietario O una copia de un aviso de desalojo ordenado por la corte.
7. Todas las divulgaciones de información y este formulario se leen, llenan y firman (estos documentos se le envían en línea a través de Docusign una vez que envíe su solicitud y los documentos enumerados anteriormente Y usted ha sido considerado elegible).
8. Si está buscando asistencia para un depósito, debe tener un formulario de verificación de personas sin hogar firmado y notariado (esto cuenta como su "prueba de dificultades")

NOTA: Si su saldo excede los 600.00 que podemos proporcionar tras la aprobación, uno **DEBE tener prueba de pago del saldo restante. Por ejemplo, si usted debe 750.00 en total y se considera elegible, no será aprobado hasta que haya evidencia de que el monto de 150.00 ha sido pagado. Estos son los documentos aceptados para probar el pago: giro postal firmado, un libro mayor actualizado o la confirmación de un propietario / administrador de la propiedad por escrito.**

He leído este documento en su totalidad y acepto todas las reglas, políticas y acuerdos escritos enumerados: _____

Fecha: _____

Su solicitud debe enviarse a la siguiente ubicación:

City of Champaign Township ATTN:

Bailee VanAntwerp

53 E. Logan St. Champaign, IL 61820 bailee.vanantwerp@champaignil.gov

Solicitud de Asistencia de Alquiler del Condado de Champaign

Solo para uso de la Oficina	<input type="checkbox"/> CCRPC	<input type="checkbox"/> Asistencia para depósitos	<input type="checkbox"/> Envío en línea
	<input type="checkbox"/> Municipio de Cunningham	<input type="checkbox"/> Alquiler vencido	<input type="checkbox"/> Reenviar al apropiado destinatario
	<input type="checkbox"/> Municipio de Champaign		

fecha _____

Nombre del solicitante	Nombre(s) _____		Apellido(s) _____	
Dirección postal	Calle _____	Apt # _____	ciudad estado _____	Código postal _____
teléfono	_____		Correo electrónico	_____
Fecha de Nacimiento	_____	SSN	_____	VISA/Inmigración#: _____

<p>¿Es usted un veterano militar de los Estados Unidos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente rechazado <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<p>¿Hispano/Latino?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Víctima/sobreviviente de violencia doméstica:</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>¿Tiene una discapacidad?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Estás trabajando actualmente?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Cuándo ocurrió por última vez la DV?</p> <input type="checkbox"/> En los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Hace 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> Hace 6 meses a un año <input type="checkbox"/> Hace 1 año o más <input type="checkbox"/> Cliente rechazado
<p>género</p> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> hembra <input type="checkbox"/> Los demás _____	<p>¿Hablas inglés?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Ha solicitado asistencia de alquiler antes?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Raza/Etnicidad</p> <input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativos hawaianos o isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Cliente rechazado	<p>El más alto nivel de educación</p> _____	<p>En caso afirmativo, ¿cuándo?</p> _____ En caso afirmativo, ¿dónde? _____ _____

Ingresos y fuentes

Fuente de ingresos	¿Recibe ingresos?		Importe bruto mensual
	Sí	No	
Ingresos del trabajo (dinero ganado de un trabajo)	Sí	No	\$
seguro de desempleo	Sí	No	\$
SSI/SSDI/Discapacidad	Sí	No	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés, por sus familiares)	Sí	No	\$
Asistencia General (GA)	Sí	No	\$
Manutención de los hijos / Pensión alimenticia	Sí	No	\$
Otras fuentes: _____	Sí	No	\$
Ingresos mensuales totales de todas las fuentes:			\$

Beneficios no monetarios

Fuente de ingresos Beneficio no monetario	¿Recibir beneficios?	
	Sí	No
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus, por sus)	Sí	No
Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus, por sus, sus)	Sí	No
Sección 8, Vivienda Pública u otra asistencia de alquiler	Sí	No
Otras fuentes: _____	Sí	No

Empleo actual

familia miembro	Nombre/Dirección del Empleador		Salarios mensual (brutos)	empezar fecha	Horario/semana	Fecha de contratación

Historial de empleo

familia miembro	Nombre/Dirección del Empleador		Salarios mensual (brutos)	empezar fecha	Horario/semana	Motivo de la salida

Composición del hogar

Enumere a todas las personas que viven en su hogar. Debe usar el nombre legal de cada miembro de su hogar tal como aparece en su Tarjeta de Seguro Social o Certificado de Nacimiento. **POR FAVOR, IMPRIMA Y RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.**

nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación con el jefe de familia	raza	Hispano/Latino (Y/N)	género
Proveedor de seguro de salud		Veterano (Y/N)***	Deshabilitado (S/N)
nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación con el jefe de familia	raza	Hispano/Latino (Y/N)	género
Proveedor de seguro de salud		Veterano (Y/N)***	Deshabilitado (S/N)
nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación con el jefe de familia	raza	Hispano/Latino (Y/N)	género
Proveedor de seguro de salud		Veterano (Y/N)***	Deshabilitado (S/N)
nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación con el jefe de familia	raza	Hispano/Latino (Y/N)	género
Proveedor de seguro de salud		Veterano (Y/N)***	Deshabilitado (S/N)
nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación con el jefe de familia	raza	Hispano/Latino (Y/N)	género
Proveedor de seguro de salud		Veterano (Y/N)***	Deshabilitado (S/N)
nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación con el jefe de familia	raza	Hispano/Latino (Y/N)	género
Proveedor de seguro de salud		Veterano (Y/N)***	Deshabilitado (S/N)

Situación de vida

Si no tiene hogar

Situación actual: Alojarse con familiares o amigos Motel/hotel Shelter
 Lugar no destinado a la habitación humana Otros

¿Cuánto tiempo llevas allí? _____

¿Cuánto se paga para permanecer allí: \$ _____ Semanal Mensual Como me sea posible

¿Dónde vivías antes de quedarte sin hogar?

Dirección: _____ City/State _____

Desalojado Violencia Doméstica Otros, explique: _____

¿Has encontrado una unidad de alquiler para mudarte? No Sí

Dirección: _____

Nombre del propietario / Teléfono: _____

Si se aloja

Nombre del propietario: _____ Teléfono: _____

Dirección del propietario: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual? _____ Meses _____ Años

Número de veces en los últimos 12 meses que tuvo dificultades para pagar el alquiler: _____ veces

Todos los solicitantes

¿Tiene un vale de "Sección 8" o vivienda subsidiada?	No	Sí
--	----	----

¿Tiene un aviso de 5 o 10 días?	fecha de caducidad: _____	No	Sí
---------------------------------	---------------------------	----	----

¿Recibió un aviso de desalojo ordenado por la corte?	Fecha de expiración: _____	No	Sí
	Fecha de la corte: _____		

¿Debe facturas de energía/servicios públicos vencidas?	Cantidad adeudada: _____	No	Sí
--	--------------------------	----	----

¿Recibe o ha solicitado recibir asistencia de LIHEAP?	No	Sí
---	----	----

¿Necesita algún recurso alimenticio en este momento?	No	Sí
--	----	----

¿Necesita algún otro recurso en este momento?	No	Sí
---	----	----

¿Por qué es difícil pagar el alquiler este mes?

- Ⓒ Proyecto de ley funerario
(necesita prueba de factura pagada recientemente)
- Ⓒ Horas cortadas/despuestas/terminadas (carta de necesidad del empleador/ex empleador)
- Ⓒ Matrícula escolar
(necesita prueba de factura pagada recientemente)
- Ⓒ Proyecto de ley de reparación de automóviles de emergencia
(necesita prueba de factura pagada recientemente)

- Otras dificultades
(por aprobación del administrador de casos)
- Gastos de depósito (carta del propietario)
- Proyecto de ley médica de emergencia / Licencia (necesita carta del empleador y/o médico)

Informe del solicitante

Por favor describa sus dificultades. Nuestro programa requiere documentación de dificultades, como prueba de pago de facturas, documentos de empleo, cartas de médicos y comunicaciones del propietario.

La asistencia proporcionada está determinada por la disponibilidad de fondos cuando se procesa la solicitud.

¿Cuánto es su obligación total de alquiler mensual? \$ _____

Monto total de la asistencia que está solicitando: \$ _____

Si usted es aprobado, un cheque será enviado directamente a su arrendador dentro de 7-14 días de la aprobación.

- Ⓒ Entiendo que algunos financiadores pueden requerir que mi apartamento se someta a una inspección de salud y seguridad. Certifico que la información presentada anteriormente es verdadera y precisa.
- Ⓒ Entiendo que mentir o engañar para obtener asistencia es un delito fraudulento por el que puedo ser procesado.
- Ⓒ Entiendo que la información anterior se ingresará en una base de datos según lo requiera el financiador para fines de presentación de informes.

Firma: _____

Administrador de casos: _____