

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Los Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA) pueden ayudar a familias que atraviesan una emergencia de vivienda con costos de viviendas elegibles. Complete la solicitud a continuación y envíela a la agencia regional local de administración ("Agencia regional"). La Agencia regional determinará si usted es elegible para RAFT, ERMA u otros programas de vivienda.

**1. Información familiar**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Información de contacto alternativa: \_\_\_\_\_

**2. Información del propietario**

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Información de contacto alternativa: \_\_\_\_\_

**3. Motivo de la solicitud**

Describa brevemente la situación de su vivienda, qué tipo de ayuda económica solicita y el motivo de la solicitud.

¿Qué monto de financiación solicita para ayuda con su emergencia de vivienda? Tenga en cuenta que los niveles de beneficios se encuentran determinados por una fórmula y es posible que no reciba el monto total solicitado. \_\_\_\_\_

**4. Certificación de COVID-19**

Tilde el casillero a continuación si su solicitud es en relación a una situación provocada o que empeoró a causa del COVID-19. Tenga en cuenta que no todos los programas exigen que haya una relación con el COVID-19 para ser aprobados. El personal de la Agencia regional determinará para cuál(es) programa(s) es elegible después de revisar su solicitud.

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

Certifico que solicito ayuda económica para emergencia de vivienda debido a una situación de vivienda provocada o que empeoró por la pandemia del COVID-19 y la crisis económica.

Mi situación de crisis de vivienda no fue provocada por el COVID-19. Por favor considéreme para el programa adecuado. De corresponder, explique de qué manera el COVID-19 le provocó dificultades económicas a su familia y/o provocó o empeoró su situación de vivienda actual.

**5. Información familiar**

Miembro de la familia	Nombre (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo étnico	Raza	Número de Seguro Social (si corresponde)
Jefe de familia			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro_____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro_____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro_____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro_____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro_____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro adulto mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Otro_____			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	

**6. Estado actual de vivienda**

¿Cuál es su dirección actual? \_\_\_\_\_

¿Actualmente alquila o tiene vivienda propia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga por mes? \_\_\_\_\_

Si actualmente está atrasado en los pagos (alquiler/hipoteca), ¿cuánto debe hasta el momento? \_\_\_\_\_

Si usted alquila, ¿cuenta actualmente con un subsidio de vivienda o vive en una vivienda subvencionada?

Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de subsidio o vivienda subvencionada?

Sección 8 (móvil/para inquilinos o para proyectos)

MRVP

Vivienda pública

Otros subsidios (describir) \_\_\_\_\_

**7. Ingresos familiares**

Enumere las fuentes de ingresos de todos los miembros de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, sin limitación, salarios, desempleo, beneficios del Seguro Social, pensiones, TAFDC, EAEDC, pensión alimenticia, pensión conyugal, ingresos de trabajos por cuenta propia y aportes regulares o donativos de personas que no viven en el hogar.

Si su familia cuenta con más de seis fuentes de ingresos, anexe hojas adicionales para documentar todos los ingresos familiares.

Nombre	Fuente de ingreso (p. ej., empleo, beneficios del DTA)	Total bruto (sin impuestos)	Frecuencia	Tilde este casillero si un miembro de la familia de 18 años o más tiene cero ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<input type="checkbox"/> Cero ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<input type="checkbox"/> Cero ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<input type="checkbox"/> Cero ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<input type="checkbox"/> Cero ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<input type="checkbox"/> Cero ingresos
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<input type="checkbox"/> Cero ingresos

Certifico que los ingresos anteriores son verdaderos, precisos y completos. Reconozco que las declaraciones falsas sobre mis ingresos familiares podrían dar lugar a demoras en la solicitud o a su denegación.

Algunas fuentes de ingresos pueden ser deducibles de su ingreso bruto a los fines de determinar la elegibilidad. Tilde el casillero correspondiente si usted o algún miembro de su familia anteriormente enumerado **actualmente paga** alguno de los siguientes gastos:

Nombre	Gasto(s)	Monto (s)	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia, pensión por separado o pensión conyugal por orden judicial o mediante acuerdo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o cuidado de un miembro de la familia enfermo o incapacitado <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas de educación superior de formación profesional (que no son de tiempo completo)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (describa):
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia, pensión por separado o pensión conyugal por orden judicial o mediante acuerdo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o cuidado de un miembro de la familia enfermo o incapacitado <input type="checkbox"/> Matrícula y cuotas de educación superior de formación profesional (que no son de tiempo completo)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (describa):

**8. Beneficios de MassHealth o el DTA**

Para recibir los beneficios de RAFT/ERMA, debe cumplir ciertos requisitos de ingresos y sus ingresos deben ser verificados. La Agencia de RAFT/ERMA puede llamar a MassHealth o al Departamento de Asistencia Transicional (DTA, por sus siglas en inglés) para verificar sus ingresos (no preguntarán sobre su salud o sus beneficios):

- Estoy en el seguro de MassHealth.
- Recibo beneficios del DTA (como SNAP, TAFDC, EAEDC).
- No recibo beneficios de MassHealth o el DTA, o no deseo que esas fuentes se utilicen para verificar mis ingresos.

**9. Los Centros de Recursos Profesionales MassHire (MassHire Career Centers) pueden ayudarlo a conseguir un nuevo empleo o avanzar en su carrera profesional**

Su **Centro de Recursos Profesionales MassHire** local puede ayudarlo con la búsqueda de empleo y conectarlo con otros servicios para mejorar habilidades, conseguir un trabajo o desarrollar un camino profesional a largo plazo. Los Centros MassHire están abiertos para servicios virtuales, por eso, **llame** al que tenga más cerca para inscribirse en un *Seminario del Centro de Recursos Profesionales*. Se puede obtener una lista de los Centros MassHire en todo el estado en <https://www.mass.gov/how-to/find-a-masshire-career-center>.

También puede buscar y encontrar más de 150,000 empleos vacantes en línea, utilizar herramientas en línea para evaluar sus habilidades, explorar profesiones, inscribirse en eventos virtuales programados y administrar su búsqueda de empleo en JobQuest. No necesita llamar a un Centro de Recursos Profesionales MassHire para registrarse en el sistema. Visite [www.mass.gov/jobquest](http://www.mass.gov/jobquest) para comenzar.

## **10. Autorización y divulgación**

Usted ha brindado cierta Información personal (nombre, dirección, ingresos, edad, etc.) sobre usted y su familia en esta solicitud. Esta información se utilizará para determinar su elegibilidad y la necesidad de ayuda económica para los programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA), y para cumplir con los requisitos de declaración y conservación de registros estatales y federales. La información también se utilizará para gestionar el programa de viviendas, proteger el interés económico público y verificar la precisión de la información presentada. Cuando lo permita la ley, se podrá divulgar a agencias gubernamentales, autoridades locales de vivienda pública, agencias de vivienda regionales sin fines de lucro, proveedores de servicios e investigadores y fiscales de delitos civiles o penales. Asimismo, se podrá utilizar para fines de investigación y evaluación de programas. Por lo demás, se mantendrá la confidencialidad de la información y solamente la utilizará el personal de la Agencia regional durante el ejercicio de sus funciones.

Para verificar la elegibilidad para el programa, la Agencia regional proporcionará información sobre usted a terceros (agencias que incluyen la Oficina Ejecutiva de Trabajo y Desarrollo Laboral, el Departamento de Asistencia al Desempleo [para el seguro de desempleo y otra información de ingresos], el Departamento de Hacienda, el Departamento de Asistencia Transicional, MassHealth y otras agencias estatales, organizaciones, empleadores, el propietario de su vivienda, el titular de la hipoteca o personas físicas) y recibirá información sobre usted de parte de esas entidades. Además, puede ser necesario hablar o mantener contacto con otras personas en relación con esta información. Al firmar a continuación, usted está dando permiso al DHCD y a otras entidades que se describen en el presente documento para intercambiar información sobre usted.

Usted o su representante autorizado tiene derecho a inspeccionar y a hacer copias de cualquier información recopilada sobre usted. Puede objetar la recopilación, conservación, difusión, uso, exactitud, integridad o tipo de información que la Agencia regional tiene sobre usted. Si usted se opone, investigaremos su objeción y corregiremos el problema o haremos que su objeción forme parte del archivo.

Conforme a las leyes de privacidad estatales<sup>1</sup>, los solicitantes y participantes del programa pueden dar o no su permiso para compartir esta Información personal. Sin embargo, no permitir que la Agencia regional comparta la información requerida puede resultar en demoras, la inelegibilidad para los programas o la cancelación.

### **Obligaciones del participante**

Si el participante se determina elegible y recibe ayuda, este acepta:

- Proporcionar a la Agencia regional toda la información solicitada de todas las fuentes de todos los miembros de la familia, según lo solicitado.
- Permanecer en contacto con la Agencia regional, según esta lo requiera, para ayudar a la Agencia regional con el seguimiento e información sobre el cumplimiento del programa.
- Abstenerse de hacer cualquier cosa de forma intencional que ponga en peligro la situación laboral o de vivienda actual del participante.
- No cometer fraude ni realizar declaraciones falsas en relación con los programas RAFT y/o ERMA.

Otras obligaciones del participante:

- El participante acepta que no tiene ningún interés económico en la unidad de alquiler para la cual se utilizan los programas.
- El participante acepta que, si es aprobado por otra fuente o agente de financiación para la misma financiación que necesita, lo notificará de inmediato a la Agencia Regional y tomará todas las medidas necesarias para garantizar que los fondos sean devueltos a la Agencia Regional o al otro agente de financiación.
- El participante acepta que todos los términos, condiciones y disposiciones de este contrato aplican a todos los miembros de la familia del participante.

---

<sup>1</sup> Ley de Prácticas Justas de Información de Massachusetts (FIPA, por sus siglas en inglés), M.G.L. c. 66A; y la Ley de Privacidad de Datos de Massachusetts (DPA, por sus siglas en inglés), M.G.L. c. 93H.

Solicitud de Ayuda para Viviendas: Programas Residential Assistance for Families in Transition (RAFT) y Emergency Rental and Mortgage Assistance (ERMA)

- El participante acepta que continuará realizando los pagos de la vivienda que no están cubiertos por la ayuda de RAFT o ERMA. El incumplimiento en el pago del alquiler, hipoteca, servicios públicos u otras obligaciones de pago sin un motivo justificable convincente, descalificará al participante para recibir otra ayuda económica de RAFT y/o ERMA.

Al firmar a continuación, usted reconoce que entiende que esta solicitud no es un compromiso de asistencia monetaria, pero si se determina que usted es elegible, la ayuda económica entre los programas RAFT y ERMA no puede superar los \$10,000 en cualquier período de 12 meses, independientemente de cuántas veces solicite o se determine que es elegible.

Al firmar a continuación, usted certifica bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera, completa y precisa a su leal saber y entender. Se compromete a hacer todo lo posible para presentar, a solicitud, documentación para respaldar cualquier autocertificación, si se utiliza. Usted certifica que no ha recibido ni ha sido aprobado para recibir fondos de ninguna otra fuente para pagar los mismos gastos que ha solicitado anteriormente. Usted entiende que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en el retiro o la denegación de esta solicitud o cualquier otra acción que el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario ("DHCD") y/o la Agencia regional puedan considerar apropiada, incluido el procesamiento por fraude.

Esta autorización es válida por un período de 10 años a partir de la fecha de la firma.

El hecho de escribir su nombre en el campo de firma que figura a continuación constituye una firma electrónica de este documento. La firma electrónica tiene el mismo significado, validez y efecto que la firma manuscrita.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otro adulto mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Lista de verificación de documentos**

- Identificación del jefe de familia (ejemplos: ID con foto, licencia, certificado de nacimiento, pasaporte)
- Documentación de la vivienda actual y residencia principal (ejemplos; contrato de alquiler, alquiler sin plazo fijo, estado de cuenta de la hipoteca)
- Documentación de la vivienda en crisis elegible; ejemplos incluyen, **entre otros**:
  - Aviso de atraso (alquiler no pagado)
  - Citación judicial
  - Carta de la familia de acogida si vive con otra familia
  - Corte de servicios públicos

Formulario W-9 del receptor del pago (propietario, compañía de mudanzas, etc.), si corresponde

Documentación de titularidad del propietario si los fondos se utilizarán para pagarle al propietario.

Comprobante del monto adeudado o vencido de los fondos que se cubrirán

En una fecha posterior, la agencia de RAFT podrá solicitar documentación adicional que demuestre sus ingresos.

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_