

Переосвидетельствование для участия в Программе оказания срочной помощи в аренде жилья (ERAP)

Кто проходит переосвидетельствование? Арендатор Арендодатель (от имени арендатора)

Информация об арендаторе

Фамилия	Имя	Номер социального обеспечения (SSN)# (ответить необязательно)	
Адрес	Город	Почтовый индекс	Округ
Телефон	Адрес электронной почты (если есть в наличии)		Дата
Состав семьи: количество взрослых членов семьи _____ количество детей до 18 лет _____			
Испытывал ли кто-либо из членов вашей семьи финансовые трудности, включающие, наряду с прочими, безработицу, снижение доходов семьи или повышение ее расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, то были ли эти трудности напрямую или косвенно вызваны пандемией COVID-19? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Подвергается ли кто-либо из членов вашей семьи риску выселения или столкнулся с нестабильной ситуацией с жильем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Получал ли кто-нибудь из членов Вашей семьи помощь аренде/ в оплате коммунальных услуг за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, то получал ли кто-нибудь Срочную помощь в аренде жилья в Пенсильвании за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если НЕТ, ОСТАНОВИТЕСЬ на этом пункте и заполните заявку на получение помощи по программе ERAP.			
Переехали ли вы в другой округ с момента последнего получения помощи по программе ERAP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если ДА, то в каком округе Вы получали помощь по программе ERAP? _____			

Информация об арендодателе или управляющем недвижимостью

Название компании, управляющей недвижимостью (если имеется)		
Фамилия	Имя	Идентификационный номер налогоплательщика# или SSN#
Адрес	Город	Почтовый индекс
Телефон	Адрес электронной почты	

Доход семьи арендатора

Укажите доходы всех членов вашей семьи старше 18 лет.

Предоставляли ли Вы налоговую декларацию за прошедший год для подтверждения дохода за последние 12 месяцев всех лиц, указанных в Вашей заявке на получение помощи по программе ERAP? Да Нет

Расскажите, пожалуйста, о доходах всех членов Вашей семьи в возрасте 18 лет и старше.

Имеет ли кто-нибудь из членов Вашей семьи доход? Да Нет

Если **ДА**, то переходите к разделу **«Расходы арендатора на содержание семьи»**. Если **НЕТ**, то отметьте все подходящие варианты и укажите доход любого члена Вашей семьи в возрасте 18 лет и старше.

<input type="checkbox"/> Комиссионные вознаграждения <input type="checkbox"/> Дивиденды <input type="checkbox"/> Выигрыши в азартные игры или лотерею <input type="checkbox"/> Плата за опекунство <input type="checkbox"/> Плата за присмотр за детьми <input type="checkbox"/> Деньги на обучение <input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам, для оплаты займов	<input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам, для оплаты аренды жилья <input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам, для оплаты проживания и питания <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Доход от индивидуальной трудовой деятельности <input type="checkbox"/> Пособие по болезни <input type="checkbox"/> Пособие по социальному обеспечению <input type="checkbox"/> Дополнительное пособие по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> Поддержка <input type="checkbox"/> Пособие по безработице <input type="checkbox"/> Профсоюзные выплаты <input type="checkbox"/> Пособие ветеранам <input type="checkbox"/> Заработная плата <input type="checkbox"/> Компенсационные выплаты работникам, получившим травмы на рабочем месте <input type="checkbox"/> Другое: _____
---	---	---

Имя и фамилия члена семьи, получающего доход	Тип / источник дохода / имя работодателя или название компании	Сумма дохода	Периодичность выплаты	Дата получения последней суммы

Расходы семьи арендатора

Арендная плата	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Электроснабжение	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Газоснабжение	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Плата за топливо	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Плата за пропан	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Плата за уголь/дрова/другое	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Вывоз мусора	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Водопровод/канализация	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____
Другое (поясните ниже)	Поставщик услуг _____	ежемесячно, долл. США _____	задолженность, долл. США _____

Примечания.

Права и обязанности

ПРАВО НА НЕДОПУЩЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В нашей организации запрещена дискриминация по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религии или политических взглядов.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах получения информации о программе (таких, например, как тексты, набранные шрифтом Брайля либо крупным шрифтом, аудиозаписи, сурдоперевод с использованием американского языка жестов и т. д.), необходимо обратиться в тот орган (местный или уровня штата), в который они подали заявление на пособие. Кроме того, информация о программах может быть предоставлена не только на английском, но и на других языках.

Чтобы подать жалобу по факту дискриминации в рамках программы, получающей федеральную финансовую помощь через Министерство финансов США (U.S. Department of the Treasury), можно:

Вы можете отправить форму жалобы на дискриминацию по адресу:

U.S. Department of the Treasury,
Director, Office of Civil Rights and Diversity,
1500 Pennsylvania Avenue, N.W.,
Washington, DC 20220;
тел. (202) 622-1160;
или на электронную почту: crcomplaints@treasury.gov.

Наша организация соблюдает принцип предоставления равных возможностей в своей работе.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы обеспечим конфиденциальность вашей информации. Она будет использоваться только, чтобы решить, на участие в какой именно программе вы можете иметь право. Любое лицо, сознательно нарушающее какое-либо из правил и положений данного департамента, будет признано виновным в совершении правонарушения и получит наказание в виде штрафа, размером не превышающего сто (100) долларов или в виде лишения свободы на срок не более шести месяцев либо же получит оба (статья 483 раздела 62 Устава штата Пенсильвания [Pennsylvania Statutes]) наказания.

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Вы обязаны предоставлять полные и достоверные сведения. Вы обязаны способствовать подтверждению указанной информации. В получении пособия может быть отказано, если вы не предоставите определенные доказательства. Если с вами связываются из Департамента социального обеспечения (Department of Human Services) или Офиса Генерального инспектора штата (Office of State Inspector General), вы обязаны сотрудничать с работниками этих учреждений.

ПОЛОЖЕНИЕ ЗАКОНА О НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

Сбор конфиденциальной информации, включая сведения о номерах SSN каждого члена семьи, разрешен в соответствии со статьей 405 (c)(2)(C)(i-iv) раздела 42 Кодекса США (United States Code, U.S.C) и статьей 62 Устава штата Пенсильвания. Статья 432.2 (b)(3).

Информация, которую мы собираем, будет использоваться для определения соответствия вашей семьи критериям участия в Программе срочной помощи в аренде жилья (сейчас и в будущем). Мы проверяем эти сведения с применением специальных компьютерных программ. Эти данные также будут использоваться для контроля соответствия правилам программы и для управления ее реализацией.

Эти сведения могут быть раскрыты другим федеральным учреждениям и учреждениям штата в целях официальной проверки, а также сотрудникам правоохранительных органов в целях задержания лиц, скрывающихся от закона. Непредоставление номера SSN может привести к отказу в оформлении срочного пособия на аренду жилья каждому лицу, отказавшемуся предоставить номер SSN. Предоставленные номера SSN используются и передаются в таком же порядке, что и номера SSN соответствующих критериям членов семьи. Чтобы получить номер SSN, можно:

- (1) позвонить по номеру:
(800) 772-1213 или
(800) 325-0778 (линия ТТТ);
- (2) посетить сайт: www.ssa.gov.

ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право подать запрос на проведение слушания, чтобы оспорить несправедливое или неверное, по вашему мнению, решение, либо в случае бездействия организатора по поводу вашего заявления. Вы можете подать апелляцию через службу округа из офиса Программы срочной помощи в аренде жилья (ERAP) вашего округа, следуя информации в уведомлении об определении права на участие в Программе.

При подаче апелляции вы также можете обратиться за консультацией перед слушанием у сотрудника Программы срочной помощи в аренде жилья (ERAP).

На слушании вы можете представлять себя либо вас может представлять другой человек, например адвокат, друг или родственник.

Подтверждение/засвидетельствование

Я понимаю и согласен с тем, что несу ответственность за любые ложные заявления, сделанные при переосвидетельствовании, даже если переосвидетельствование представляется кем-либо, действующим от моего имени. Я подтверждаю, что вся изложенная информация верна под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений. Я понимаю, что информация, указанная в настоящем переосвидетельствовании, останется конфиденциальной и будет использована только для осуществления административных действий, связанных с предоставлением пособий. Я понимаю, что от меня может потребоваться сотрудничество с другими агентствами в качестве условия одобрения решения, связанного с оказанием мне помощи. Я согласен предоставить по запросу любую дополнительную документацию (например, платежную квитанцию, квитанцию об оплате аренды, последние счета, подтверждение статуса безработного и так далее), чтобы помочь определить мое право на участие в программе.

Подпись арендатора

Имя и фамилия арендатора печатными буквами

Подпись арендодателя *(необходима, если заявление заполнялось арендодателем)*

Имя и фамилия арендодателя печатными буквами *(необходимы, если заявление заполнялось арендодателем)*

Разрешение на предоставление информации *(только для арендатора)*

Настоящим я разрешаю и прошу предоставить окружному ведомству любую информацию о моих возрасте, месте жительства, гражданстве, занятости, доходе, а также любую дополнительную информацию, касающуюся права на участие в программах помощи по аренде жилья и оплате коммунальных услуг. Я понимаю, что полученная информация будет использована только для определения соответствия критериям участия в программах помощи по аренде жилья и оплате коммунальных услуг или других жилищных программах помощи.

Подпись арендатора

Дата

Имя и фамилия арендатора печатными буквами

ERAP Agency Use Only

Authorization Information: Approved Denied Date: _____

Type(s) of Assistance Provided:

Rental Assistance Rental Arrears Housing Stability Services Utility Assistance Utility Arrears
 Other

Amount of Assistance:

Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____ Other \$ _____

Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____

Number of months covered with: Rental Assistance _____ Rental Arrears _____ Utility Assistance _____ Utility Arrears _____

Household Income Level:

Does not exceed 30 percent of the area median income for the household
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: Used annual calculation for eligibility Used monthly income at time of application
 Categorically Eligible Fact Specific Proxy Self-Attestation