

Chứng Nhận Lại đối với Chương Trình Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Khẩn Cấp (Emergency Rental Assistance Program (ERAP))

Ai cần chứng nhận lại? Người thuê nhà Chủ nhà (thay mặt người thuê nhà)

Thông tin Người thuê nhà			
Họ	Tên	Số An sinh Xã hội (không bắt buộc)	
Địa chỉ	Thành phố	Zip	Quận
Điện thoại	Địa chỉ email (nếu có)		Ngày
Hộ gia đình: Số người trưởng thành _____ Số trẻ em dưới 18 tuổi _____			
Có ai trong hộ gia đình của quý vị gặp khó khăn về tài chính, có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở việc có một khoảng thời gian thất nghiệp, thu nhập hộ gia đình giảm sút hay chi tiêu hộ gia đình tăng lên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu Có, khó khăn tài chính này có phải đã xảy ra trong đại dịch COVID-19 hoặc là hậu quả gián tiếp hoặc trực tiếp của COVID-19 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Có ai trong hộ gia đình của quý vị có nguy cơ trở thành người vô gia cư hoặc không có nhà ở ổn định không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Có ai trong hộ gia đình nhận được hỗ trợ tiền thuê nhà/tiền tiện ích trong 12 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu có, có ai nhận được Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Khẩn Cấp ở Pennsylvania trong 12 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu KHÔNG, hãy DỪNG ở đây và hoàn thành đơn đăng ký ERAP.			
Có phải quý vị đã chuyển đến một quận khác kể từ lần gần nhất nhận được ERAP hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu CÓ, quý vị đã nhận được ERAP ở quận nào? _____			

Thông tin Chủ nhà hoặc Người quản lý Tài sản			
Công ty Quản lý Tài sản (nếu áp dụng)			
Họ	Tên	Mã số thuế hoặc Số An sinh Xã hội	
Địa chỉ	Thành phố	Zip	
Điện thoại	Địa chỉ email		

Thu nhập Hộ gia đình của Người thuê nhà

Vui lòng cho chúng tôi biết thu nhập của bất kỳ cá nhân nào từ 18 tuổi trở lên trong hộ gia đình quý vị.

Quý vị có cung cấp bản khai thuế của năm ngoái để xác minh thu nhập cho tất cả thành viên gia đình trong đơn đăng ký ERAP của quý vị trong 12 tháng vừa qua không? Có Không

Vui lòng cho chúng tôi biết thu nhập của bất kỳ thành viên nào từ 18 tuổi trở lên trong gia đình quý vị.

Có ai trong hộ gia đình của quý vị có thu nhập không? Có Không

Nếu **CÓ**, hãy chuyển sang phần **Các Chi Phí Của Hộ Gia Đình Người Thuê**. Nếu **KHÔNG**, hãy đánh dấu tất cả các ô phù hợp và liệt kê thu nhập của bất kỳ thành viên nào từ 18 tuổi trở lên trong hộ gia đình của quý vị.

<input type="checkbox"/> Tiền hoa hồng <input type="checkbox"/> Cổ tức <input type="checkbox"/> Cờ bạc/Xổ số <input type="checkbox"/> Phí giám hộ <input type="checkbox"/> Tiền kiếm được từ việc trông trẻ <input type="checkbox"/> Tiền nhận được từ việc đào tạo <input type="checkbox"/> Tiền vay được trả cho quý vị	<input type="checkbox"/> Tiền thuê nhà được trả cho quý vị <input type="checkbox"/> Tiền thuê phòng hoặc tiền ăn được trả cho quý vị <input type="checkbox"/> Lương hưu <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Trợ cấp Đau ốm <input type="checkbox"/> Phúc lợi Xã hội <input type="checkbox"/> Thu nhập An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> Tiền hỗ trợ <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Tiền công đoàn <input type="checkbox"/> Phúc lợi cho Cựu chiến binh <input type="checkbox"/> Lương từ việc làm <input type="checkbox"/> Bồi thường cho Người lao động <input type="checkbox"/> Khác: _____
---	--	---

Tên Người có Thu nhập	Loại/Nguồn thu nhập/Tên chủ lao động	Thu nhập/ Lương: Bao nhiêu?	Bao lâu trả một lần	Ngày Trả tiền Gần đây nhất

Chi phí Hộ gia đình của Người thuê nhà

Tiền thuê nhà	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Điện	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Ga	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Dầu	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Khí đốt propan	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Than/Củi/Khác	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Rác	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____
Nước/Nước thải	Nhà cung cấp dịch vụ _____	Hàng tháng \$ _____	Nợ phải trả \$ _____

Ghi chú:

Quyền và Trách nhiệm

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, giới tính và trong một số trường hợp là tôn giáo hoặc tư tưởng chính trị.

Những người khuyết tật cần có các phương tiện liên lạc thay thế để biết thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, tài liệu chữ in lớn, băng ghi âm, ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với Cơ quan (Tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính từ liên bang thông qua Bộ Tài chính Hoa Kỳ (U.S. Department of the Treasury):

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử, vui lòng gửi thư qua bưu điện đến:

U.S. Department of the Treasury,
Director, Office of Civil Rights and Diversity,
1500 Pennsylvania Avenue, N.W.,
Washington, DC 20220;
gọi số (202) 622-1160;
hoặc gửi thư điện tử đến: crcomplaint@treasury.gov

Tổ chức này là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT THÔNG TIN

Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin của quý vị. Thông tin sẽ chỉ được sử dụng để quyết định những chương trình nào quý vị có thể đủ điều kiện tham gia. Bất kỳ cá nhân nào cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc và quy định nào của bộ này sẽ bị kết tội nhẹ và sẽ bị phạt tiền khi bị kết án, mức phạt không quá một trăm (\$100) đô-la, hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. mục 483).

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh thông tin quý vị cung cấp. Quý vị có thể bị từ chối trợ cấp nếu không cung cấp được bằng chứng nhất định. Nếu quý vị được Bộ Dịch vụ Nhân sinh (Department of Human Services, DHS) hoặc Văn phòng Tổng Chương lý Tiểu bang (Office of State Inspector General) liên hệ, quý vị phải hoàn toàn hợp tác với những người hoặc điều tra viên đó.

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Việc thu thập thông tin này, gồm cả số An sinh Xã hội (SSN) của mỗi thành viên trong hộ gia đình, được cho phép theo điều 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i-iv) và 62 P.S. § 432.2(b)(3).

Thông tin sẽ được sử dụng để xác định xem hộ gia đình của quý vị có đủ điều kiện hoặc tiếp tục đủ điều kiện để tham gia vào Chương trình Hỗ trợ Tiền thuê nhà Khẩn cấp hay không. Chúng tôi sẽ xác minh thông tin này thông qua các chương trình đối sánh trên máy tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc tuân thủ các quy định của chương trình và để quản lý chương trình.

Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan khác của liên bang và tiểu bang để kiểm tra chính thức cũng như cho các công chức thực thi pháp luật với mục đích bắt giữ những người bỏ trốn để trốn tránh pháp luật. Việc không cung cấp Số An sinh Xã hội (SSN) có thể dẫn đến việc từ chối Hỗ trợ Tiền thuê nhà Khẩn cấp đối với mỗi cá nhân không cung cấp SSN. Bất kỳ SSN nào được cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách tương tự như các SSN của các thành viên hộ gia đình đủ điều kiện. Nếu quý vị muốn được giúp đỡ để có SSN:

(1) gọi điện: (800) 772-1213 hoặc
(800) 325-0778 (TTY); hoặc

(2) truy cập: www.ssa.gov.

QUYỀN KHIẾU NẠI

Quý vị có quyền yêu cầu một buổi điều trần để khiếu nại quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu nhà cung cấp không xử lý đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo thông qua cơ quan cấp quận dựa trên thông tin có trong thông báo về việc xác định tính đủ điều kiện từ cơ quan ERAP đối với quận của quý vị.

Nếu quý vị kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu một cuộc thảo luận với cơ quan ERAP trước phiên điều trần.

Tại phiên điều trần, quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc người khác, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân có thể đại diện cho quý vị.

Chứng nhận/Xác nhận

Tôi hiểu và đồng ý chịu trách nhiệm về bất kỳ khai báo gian dối nào được đưa ra trong giấy xác nhận lại này, ngay cả khi giấy xác nhận lại được gửi bởi người đại diện cho tôi. Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin đã được nhập là đúng sự thật theo hình phạt nếu khai man. Tôi hiểu rằng thông tin được nhập vào giấy xác nhận lại này sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng để quản lý các quyền lợi. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu làm việc với các cơ quan khác như một điều kiện để được chấp thuận hỗ trợ. Tôi đồng ý cung cấp theo yêu cầu bất kỳ tài liệu bổ sung bắt buộc nào (như cuống phiếu lương, hợp đồng thuê nhà, hóa đơn gần đây, bằng chứng thất nghiệp, v.v.) để hỗ trợ xác định tính đủ điều kiện.

Chữ ký - Người thuê nhà

Tên viết in hoa - Người thuê nhà

Chữ ký - Chủ nhà (*chỉ khi chủ nhà điền đơn*)

Tên viết in hoa - Chủ nhà (*chỉ khi chủ nhà điền đơn*)

Cho phép Tiết lộ Thông tin (*Chỉ dành cho Người thuê*)

Theo đây, tôi cho phép và yêu cầu tiết lộ cho văn phòng quận bất kỳ thông tin nào liên quan đến tuổi tác, tình trạng cư trú, quốc tịch, việc làm, thu nhập và bất kỳ thông tin bổ sung nào liên quan đến tính đủ điều kiện cho các chương trình hỗ trợ tiền thuê nhà và dịch vụ tiện ích công cộng cho bản thân tôi. Tôi hiểu rằng thông tin thu được sẽ chỉ được sử dụng để xác định việc hỗ trợ tiền thuê nhà/dịch vụ tiện ích công cộng hoặc các chương trình hỗ trợ nhà ở khác.

Chữ ký của Người thuê nhà

Ngày

Tên viết in hoa - Người thuê nhà

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