

La lista de elementos a continuación debe enviarse para que FHCRC considere su solicitud de asistencia de renta de Riverside CARES. Las solicitudes se procesan por orden de llegada, una vez que se completan y se recibe toda la documentación. Ten en cuenta que se deben cumplir los siguientes requisitos para se considere su solicitud:

1. Debe vivir dentro de los límites de la Ciudad de Riverside
2. Este programa solo cubre la renta atrasada; no pagara los pagos de renta actuales o futuros
3. Debe proporcionar documentación que tu pérdida de ingresos está relacionada con COVID-19
4. Debe proporcionar información actual sobre los ingresos de los últimos 30 días y cumplir con el requisito de ingresos según este periodo (el ingreso familiar combinado no puede exceder el 80% del ingreso medio ajustado para el Condado de Riverside):

# of Persons	1	2	3	4	5	6	7	8
80% of AMI	\$42,200	\$48,200	\$54,250	\$60,250	\$ 65,100	\$69,900	\$74,750	\$79,550

**Este programa solo cubre hasta tres meses de alquiler atrasados (no alquiler futuro) y el total se pagará directamente al propietario o administrador de la propiedad.**

**Asegúrate de que estos elementos estén adjuntos antes que enviarlos; su solicitud no se procesara sin ellos:**

- Solicitud completada completamente – no deja elementos en blanco
- Formulario de contacto y divulgación de información del propietario (solo necesitas completar la sección superior)
- Identificación con foto para adultos mayores de 18 años en el hogar
- Comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar mayores de 18 años-talones de pago o extractos bancarias en caso de trabajo por cuenta propia
- Comprobante de pérdida o reducción de ingresos relacionados con COVID-19 – **si tu pérdida de trabajo o reducción de ingresos no está relacionada con COVID-19, no califiques para este programa**  
*Para probar la pérdida de ingresos, debes presentar un documento de su empleador o estados de cuenta bancarias que muestren tus ingresos anteriores y su ingresos reducido actuales. Se debe proporcionar información del empleador para verificación. Si tomaste una licencia médica debido a tu propio diagnóstico de COVID-19 o el de un familiar, se requiere documentación médica.*
- Copias de tu contrato de arrendamiento original completo

**Se debe proporcionar lo siguiente si actualmente recibes beneficios de estos programas:**

- Seguro social o VA: cartas de concesión de beneficios que muestran la concesión mensual bruta para todos los
- miembros de hogar
- Pensión: estado de cuenta de beneficios actual con el monto de beneficio mensual bruto indicado
- Desempleo: imprima la tasa semanal bruta actual de estado de cuenta in línea o en papel
- Manutención de menores: estados de cuenta por los últimos 30 días
- TANF: enviarse su aviso de premio mensual actual
- Cupones de alimentos: carta de concesión que muestra su beneficio mensual actual y los miembros de su
- hogar

**Por favor devuelva la solicitud completa a: [rentassist@fairhousing.net](mailto:rentassist@fairhousing.net) o fax a 951-682-0262**

**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA RENTA**

NOMBRE DE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

Dirección actual (incluir apto#), ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en esta residencia? \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda:  Apartamento/casa adosada  Casa móvil  Vivienda unifamiliar  Otro \_\_\_\_\_

**COMPOSICION DEL HOGAR**

(Indica el jefe de familia y todos los demás miembros que vivirán en la unidad. Dé la relación de cada miembro de la familia con el jefe.)

Nombre completo del miembro	Relación con el jefe de hogar	Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Hispano Si/No	Sexo M/F	Veterano Si/No	Discapacidad Si/No

Número total de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Como te enteraste de este programa?  Familia/amigo  211  Ciudad de Riverside  United Way  Salvation Army  
 Otro \_\_\_\_\_

**¿Estás atrasado en tu renta debido a la pérdida de ingresos relacionado con COVID-19?  Si  No**

*Si no corre el riesgo de ser desalojado o desplazado de tu vivienda debido a la falta de pago de la renta relacionado con la pérdida de ingresos de COVID-19, no eres elegible para recibir ayuda con este programa. Si es así, explica brevemente tu situación:*

\_\_\_\_\_

## AUTODECLARACION DE INGRESOS Y GASTOS

¿Cuál es el ingreso mensual actual promedio total de todos los miembros del hogar mayores de 18 años? (Completa la línea total mensual usando los cálculos a continuación.) Usa los ingresos de los últimos treinta días para calcular el ingreso mensual promedio actual, incluido sueldos, salarios y propinas, otros ingresos como pensión alimenticia, manutención infantil, desempleo, seguridad social, AFDC u otros beneficios. Asegúrate de que todas las fuentes de ingresos estén enumeradas a continuación y que el nombre del empleador esté completa para cada miembro de su hogar mayores de 18 años.

Total, mensual (agrega todas las fuentes de ingresos enumeradas a continuación): \$ \_\_\_\_\_

Nombre completo del miembro del hogar	Nombre del empleador y/u otra(s) fuente(s) de ingresos	¿Empleado a tiempo completo o parcial?	¿Inscrito en la escuela? Si/No	Base de pago (semanal, mensual, etc.)	Ingreso mensual actual antes de impuestos	Ultima fecha de trabajo si estás desempleado	Si recibes asistencia familiar, con qué frecuencia/cuánto?

Si tus ingresos no cubren tus gastos, ¿qué fuente de ingresos utilizas para pagar tus necesidades, como comida, transporte y vivienda?

---



---

¿Para los miembros desempleados, están buscando trabajo?  Si  No  No aplica

En caso afirmativo, nombre(s) de los miembro(s) del hogar desempleados: \_\_\_\_\_  
 Si estás desempleado y no buscas trabajo, estamos obligados a derivarlo a asistencia laboral.

**INFORMACION DE EMPLEO**

Proporciona información de todos los empleadores enumerados en la sección de ingresos anterior o, si fueron despedidos debido a COVID-19, empleadores anteriores.

Nombre completo del miembro	Ocupación, fechas de empleo	Nombre del empleador, ciudad, estado	Número de teléfono del empleador	Nombre de contacto para verificación de empleo

¿Quién de los miembros del hogar fue despedido, tuvo horas reducidas o salarios perdidos relacionados con COVID-19? Indica el empleador y otra información relevante. Por ejemplo, adjunta una confirmación por escrito del empleador o una confirmación de tu médico para probar la diagnosis del COVID-19.

Si trabajas por tu cuenta propia, incluye el nombre de la empresa. Para probar la pérdida de ingresos, también incluya los estados de cuenta bancarios recientes de un mes antes del COVID-19 y un mes después del COVID-19 con una explicación a continuación:

---



---



---

INFORMACION ACTUAL DE GASTOS MENSUALES

Tipo de pago	Nombre del acreedor	Saldo adeudado	Mensualidad
Renta			
Auto			
Tarjeta de crédito			
Utilidad: Gas natural			
Utilidad: Electricidad			
Utilidad: Agua/alcantarillado			
Teléfono			
Seguro			
Otro			
Otro			
Otro			
Gastos mensuales corrientes totales			

CERTIFICACION DE LA APLICACION: Entiendo/Entendemos que la información anterior se está recopilando para determinar si soy/somos elegibles para recibir asistencia para la renta. Autorizo/autorizamos al Consejo de Vivienda Justa del Condado de Riverside a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a realizar pagos de beneficios directamente al propietario.

DECLARACION DE FRAUDE: La información anterior es verdadera, precisa, y completa.

Firma del Jefe de Hogar	Fecha
Firma del Co-Solicitante	Fecha

