Programa de Asistencia para Alquiler por Desalojo (Eviction Rent Assistance Program, ERAP)

Formulario de acuerdo de pago para amigo/familiar

**Instrucciones: Use este formulario si el grupo familiar alquila informalmente a un amigo o familiar. Complete las secciones 1 y 2 con el cliente. El personal del ERAP calcula la sección 3. Póngase en contacto con el amigo/familiar para completar las secciones 4 y 5.**

|  |
| --- |
| 1. **Información del grupo familiar, dirección/información del alquiler**
 |
| **Id. del grupo familiar:**  | **Fecha:** |
| Nombre: | Número de teléfono: |
| Calle: |
| Ciudad: | Estado/Código postal: |
| Para determinar el valor justo de mercado del alquiler, ¿cuántos dormitorios tiene **la casa del amigo/familiar?**   | ¿Cuántas habitaciones paga el grupo familiar? Si solo paga por un “espacio para dormir”, indique “1”. |
| 1. **Solicitud de alquiler: Límite de 3 meses**
 |
| 1. ¿Cuál es la obligación de pago mensual del cliente?
 | $ |
| 1. Indique a continuación los meses para los cuales el grupo familiar solicita el alquiler: pagos atrasados, actuales o futuros, y cuánto se adeuda en cada mes
 |
| [ ] Marzo$ | [ ] Abril$ | [ ] Mayo$ | [ ] Junio$ | [ ] Julio$ | [ ] Agosto$ | [ ] Septiembre$ | [ ] Octubre$ | [ ] Noviembre$ | [ ] Diciembre$ |
| 1. ¿Cuál es el [valor justo de mercado del alquiler](https://www.rentdata.org/lookup) prorrateado en esta unidad (100 % valor justo de mercado del alquiler [fair market rent, FMR]) según el número de habitaciones?
 | $ |
| 1. ¿Cuál es el total del alquiler o los pagos atrasados adeudados? (línea b.)
 | $ |
| 1. **Pago máximo a amigos/familiares: Seleccione un solo método, no mayor que el monto adeudado, línea 2.d.**
 |
| [ ]  80 % del total adeudado: (línea 2.d. x 0.8) | $  |
| [ ]  [Valor justo de mercado del alquiler](https://www.rentdata.org/lookup) x número de meses de obligación de pago (línea c.)  | $  |
| **Pago total del ERAP:**  | **$** |
| 1. **Información del amigo/familiar para el pago:**
 |
| Nombre: | Número de teléfono: |
| Dirección de pago: |
| Ciudad:  | Estado/Código postal: |
| 1. **Firma del amigo/familiar**
 |
| Certifico que la información anterior es verdadera y aceptaré el ***pago del programa*** de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como pago total de cualquier saldo adeudado hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020, en nombre del grupo familiar que reside en la dirección anteriormente indicada. No se aplicarán cargos por demora ni cargos adicionales durante los meses cubiertos después de recibir el pago del ERAP. |
| *Nombre en letra de imprenta/Firma/Fecha:* |