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

Formulario de información y elegibilidad del grupo familiar: OBLIGATORIO

**Instrucciones: El personal del ERAP utiliza este formulario para evaluar y documentar la elegibilidad del grupo familiar.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información del grupo familiar** | | | | | | | | | | | | | |
| **Id. del grupo familiar:** | | | | | | | | **Fecha:** | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | |
| El Estado de Washington está recolectando datos demográficos sobre los jefes de hogar que reciben asistencia a través de este programa. Ninguna parte de esta información se utilizará para evaluar la elegibilidad, sino para determinar qué tan equitativamente se administran los fondos. Los grupos familiares no están obligados a responder estas preguntas; son opcionales. | | | | | | | | | | | | | |
| ***Género:*** | Femenino | | | Masculino | | Transgénero | | | | Inconformidad de género | | No sabe/no contesta | |
| ***Origen étnico:*** | No hispano/no latino | | | | | Hispano/latino | | | | No sabe/no contesta | | | |
| ***Raza:*** | Indígena estadounidense o nativo de Alaska | Asiático | | | Negro o afroamericano | | Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico | | Multirracial | | Blanco | | No sabe/no contesta |
| 1. **Elegibilidad del grupo familiar: Debe cumplir con los criterios de selección y con al menos uno de los criterios adicionales que se detallan en n.º 3 a continuación.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ingresos iguales o inferiores al 50 % del** [ingreso medio del área](https://www.huduser.gov/portal/datasets/il/il2020/select_Geography.odn) **(area median income, AMI).** | | | ***Documentación obligatoria:***  *Se requiere la hoja de cálculo y la documentación de ingresos: consulte 4 y 5 a continuación para obtener más detalles.* | | | | | | | | | | |
| **Alquiler adeudado: Al menos un mes de alquiler no pagado o parcialmente impago desde el 1 de marzo..** | | | ***Documentación obligatoria:***  *Formulario de acuerdo de pago para propietario del ERAP*  *O*  *Formulario* *de acuerdo de pago para amigo/familiar del ERAP* | | | | | | | | | | |
| 1. **Criterios adicionales: Cualquier miembro del grupo familiar debe cumplir con al menos unode los criterios de selección.** | | | | | | | | | | | | | |
| Todos los siguientes criterios de elegibilidad pueden ser “autocertificados/declarados” por el grupo familiar. No es necesaria una declaración escrita con la firma del grupo familiar. El Departamento de Comercio prohíbe a los beneficiarios recopilar pruebas para corroborar una declaración del grupo familiar o agregar criterios adicionales, como identificación, números de Seguro Social, certificados de nacimiento o documentación médica. | | | | | | | | | | | | | |
| Carga excesiva del alquiler: Se necesita el 50 % o más del ingreso mensual actual para pagar el alquiler. | | | | | | | | | | | | | |
| Anteriormente sin hogar en los últimos cinco años. Esto incluye experiencias de “intercambio de sofás” (couchsurfing)/alojamiento compartido. | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes de desalojo en los últimos siete años. | | | | | | | | | | | | | |
| Disturbios en la vivienda debidos a la raza, el origen étnico, la identidad de género, la orientación sexual o la religión de los miembros del grupo familiar. | | | | | | | | | | | | | |
| En riesgo de enfermedad grave [según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC)](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html) (62 años o más, afección subyacente). | | | | | | | | | | | | | |
| Discapacidad/incapacidad de cualquier miembro del grupo familiar. Incluye deficiencias físicas, del desarrollo, mentales o emocionales, incluidas las causadas por consumo excesivo de alcohol o drogas, trastorno de estrés postraumático o lesión cerebral. Una persona con VIH/sida se considera discapacitada. | | | | | | | | | | | | | |
| **Si se evalúa a un adulto joven de 24 años o menos, pueden usarse estos criterios adicionales para determinar la elegibilidad:** | | | | | | | | | | | | | |
| Persona de 24 años de edad o menos que está embarazada o tiene hijos a su cargo. | | | | | | | | | | | | | |
| Persona de 24 años de edad o menos que es un participante (actual o pasado) de cualquiera de los siguientes: regímenes de acogida de menores; adopción; salud mental; tratamiento contra drogas, alcohol; sistemas judiciales. | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Cálculo de ingresos** | | | | |
| El ingreso actual (promedio en los últimos 60 días) debe ser igual o inferior al 50 % del AMI. Los ingresos incluyen los ingresos de todos los miembros adultos del grupo familiar (mayores de 18 años) y los ingresos no salariales atribuibles a un menor. Un grupo familiar consiste en una o más personas que pretenden convivir y mantener una vivienda juntos.  Al calcular los ingresos a partir de la información de pago por hora, por semana o por mes, utilice uno de los siguientes métodos de cálculo:   1. Salario por hora multiplicado por las horas trabajadas por semana por 52 semanas 2. Salario semanal multiplicado por 52 semanas 3. Salario quincenal (cada dos semanas) multiplicado por 26 semanas 4. Salario bimensual (dos veces al mes) multiplicado por 24 semanas 5. Salario mensual multiplicado por 12 meses | | | | |
| **Nombre del grupo familiar/miembros del grupo familiar** | **Fuente de ingresos** *(ver los tipos de ingresos a continuación)* | **Ingresos brutos en un período de pago** | **Método de cálculo** | **Ingresos anuales** |
| *Ejemplo:*  *John Smith* | *salario* | *$1000* | *12* | *$12 000* |
|  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  | $ |
| **Ingreso anual del grupo familiar:** | | | | **$** |
| **50 % del AMI para el tamaño del grupo familiar en el condado:** | | | | **$** |
| **Ingresos iguales o inferiores al 50 % del** [**ingreso medio del área**](https://www.huduser.gov/portal/datasets/il/il2020/select_Geography.odn) **(AMI)** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Tipo de ingreso y documentación** | | |
| **Tipo de ingreso:** | **Marque la casilla correspondiente al tipo de ingreso:** | **Cómo documentar:** Los beneficiarios deben solicitar documentación original para documentar los ingresos; sin embargo, si no se puede obtener rápidamente, los beneficiarios deben optar por una autocertificación verbal por parte del grupo familiar solicitante. |
| Sin ingresos |  | Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
| Salarios e ingresos salariales |  | Copia de los últimos recibos de pago  **O**  Correo fechado, fax, correo electrónico o verificación verbal del empleador que incluya el nombre del empleador, el nombre del grupo familiar, el monto y la frecuencia de pago, el promedio de horas trabajadas por semana, el monto de cualquier remuneración adicional.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
|  |
| Empleo autónomo e ingresos comerciales |  | Copia de la última declaración de impuestos federales y estatales, informe de pérdidas y ganancias del sistema contable del solicitante o estado de cuenta bancaria.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
| Ingresos de pensión/  jubilación |  | Copia de la declaración más reciente, notificación de beneficios del Seguro Social, proveedor de pensiones u otro.  **O**  Correo fechado, fax, verificación por correo electrónico o verificación verbal del Seguro Social, proveedor de pensiones u otra fuente que incluya el nombre de la fuente de ingresos y el monto de los ingresos.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
|  |
| Ingresos de seguros de desempleo y discapacidad |  | Copia de la última declaración de pago o notificación de beneficios.  **O**  Correo fechado, fax, verificación por correo electrónico o verificación verbal del administrador de seguros de desempleo o administrador de indemnizaciones por accidentes de trabajo del exempleador que incluya el nombre de la fuente de ingresos y el monto del ingreso.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
|  |
| Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)/  Asistencia pública |  | Copia del último recibo de pago, notificación de beneficios o Sistema de Verificación de Beneficios (Benefits Verification System, BVS) del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, DSHS).  **O**  Verificación verbal de la fuente que incluye el nombre de la fuente de ingresos, la cantidad de ingresos y la frecuencia de los ingresos.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
|  |
| Pensión alimentaria conyugal, manutención de menores, pagos por cuidado de acogida |  | Copia del último recibo de pago, notificación u orden.  **O**  Correo fechado, fax, verificación por correo electrónico o verificación verbal de la agencia de cumplimiento de manutención infantil, enlace judicial u otra fuente que incluya el nombre de la fuente de ingresos y la cantidad de ingresos.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
|  |
| Ingresos de las Fuerzas Armadas |  | Copia de recibos de pago, estado de cuenta u otro estado de cuenta del gobierno que indique ingresos.  **O**  Correo con fecha, fax, verificación por correo electrónico o verificación verbal que incluye el nombre de la fuente de ingresos y la cantidad de ingresos.  **O**  Autocertificación/declaración del grupo familiar. |
|  |
|  |