



Asistencia para la Prevención de Desalojos de Kitsap (KEPA) Pre-Solicitud (Incluye la ayuda al alquiler/renta y a los servicios públicos para los inquilinos)

Resumen

- Programa: Asistencia a los residentes del condado de Kitsap que reúnen los requisitos para pagar los servicios públicos o el alquiler (renta) pasado o futuro
- Elegibilidad: Hogares de inquilinos con ingresos inferiores al 50% de la renta media del área y afectados por la pandemia de COVID-19. Un inquilino o un propietario puede presentar la pre-solicitud, pero ambos deben participar en el proceso.

Condado de Kitsap	Número de personas en la familia							
50% de la renta media anual de la zona	1	2	3	4	5	6	7	8
	\$32,950	\$37,650	\$42,350	\$47,050	\$50,850	\$54,600	\$58,350	\$62,150

Yo soy el: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino		Estoy solicitando: <input type="checkbox"/> Ayuda al alquiler (renta) <input type="checkbox"/> Ayuda a los servicios públicos		La fecha de hoy:	
Nombre del inquilino:		<i>Nombre</i>		<i>Apellido</i>	
Dirección del inquilino:					
Teléfono del inquilino:			Correo electrónico:		
Nombre del propietario:		<i>Nombre</i>		<i>Apellido</i>	
Dirección del propietario:					
Teléfono del propietario:			Correo electrónico:		
Sólo para administradores		Agencia remitente:			

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS: Debe estar por debajo del 50% del AMI (véase la tabla anterior).

Enumere TODOS los ingresos del hogar a continuación para cada miembro del hogar. Por favor, enumere cada persona con ingresos, cada fuentes de ingresos, y la cantidad mensual de \$.

Nombre Completo (Primer Nombre, Apellidos)	Edad	Fecha de Nacimiento	Identidad de Genero ¹	Raza(s) (ver guía abajo ²)	Hispano SI/No	Relacion a usted	Fuente de Ingresos ³	Ingresos MENSUALES actuales
						SELF		
Total de Ingresos MENSUALES actuales del Hogar:								
Ingresos ANUALES del hogar, total (multiplicar lo mensual por 12):								

¹ (M=Masculino, F=Feminino, MTF = Trans-Macho, FTM = Trans-Embra, GC= Nobinarie, R=Negó contestar/No se sabe)

² (B=Negro/Afro-Americano, A=Asiatico, N=Indigena de las Americas, P=Isleño Pacifico, M=Multiracial, W=Blanco, R= Negó contestar/No se sabe)

³ Ejemplos: Empleo, SSI, SSDI, TANF, Desempleo, Manutencion de hijo, etc.

SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

Alquiler (renta) mensual: \$ _____ # de recamaras: _____ ¿Está su vivienda subsidiado? Si No

Debe actualmente \$ de alquiler/renta atrasado? Si No Si es así, ¿cuánto debe? \$ _____

¿Qué meses no se han pagado? _____

SERVICIOS PUBLICOS

¿Está solicitando ayuda para los servicios públicos facturas atrasadas? Si No

¿Solicita la ayuda para los servicios públicos únicamente? Si No

Compañía: _____ Cantidad adeudada: _____

Compañía: _____ Cantidad adeudada: _____

Compañía: _____ Cantidad adeudada: _____

DESAFIOS DE LA VIVIENDA

¿Tiene su hogar alguna de las siguientes discapacidades o barreras para conseguir y mantener una renta?

- Experiencia previa de falta de hogar en los últimos 5 años (incluye dormir en la sala de otra familia) --- Sí No
- Historial de desalojo en los últimos 7 años --- Sí No
- ¿Tuvo una dificultad en conseguir o mantener su vivienda debido a la raza, el origen étnico, la identidad de género, la orientación sexual o la religión de algún miembro del hogar? Sí No
- ¿Tiene más de 62 años o tiene problemas de salud subyacentes que le hacen tener alto riesgo de padecer una enfermedad grave? --- Sí No
- Discapacidad de cualquier miembro del hogar. Incluye un impedimento físico, de desarrollo, mental o emocional, o causado por el abuso de alcohol o drogas, el trastorno de estrés postraumático o una lesión cerebral. Una persona con VIH/SIDA se considera discapacitada para este programa. --- Sí No
- Si eres menor de 24 años, ¿has sido/eres beneficiario de alguna de las siguientes medidas: acogida, adopción, tratamiento de salud mental, drogas o alcohol, ¿sistemas judiciales? Sí No
- ¿Tienes un diagnóstico de salud mental? Sí No
- ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de salud conductual o de uso de sustancias? Sí No

DIFICULTADES FINANCIERAS

¿Uno o más miembros del hogar están desempleados? --- No Sí Fechas de desempleo: _____

El hogar ha experimentado una dificultad financiera debido a la pandemia de COVID 19. --- Sí No

DOCUMENTACIÓN : POR FAVOR, PRESENTE ESTA PRE-SOLICITUD CON LO SIGUIENTE

1. Copia del contrato de arrendamiento (contrato escrito de la renta)		
<input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento adjunto	<input type="checkbox"/> Tengo un contrato de arrendamiento, pero necesito ayuda para obtenerlo	<input type="checkbox"/> No tengo un contrato de arrendamiento
2. Prueba de ingresos o cartas de desempleo (también puede ser una declaración de impuestos de 2020 o un W2)		
<input type="checkbox"/> Se adjunta prueba de ingresos	<input type="checkbox"/> Tengo una prueba de ingresos, pero necesito ayuda para obtenerla	<input type="checkbox"/> No tengo prueba de ingresos
3. Facturas de servicios públicos (si procede)		
<input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos adjunta	<input type="checkbox"/> Necesito ayuda para obtener las facturas	<input type="checkbox"/> No solicito la ayuda con los servicios públicos

*Tenga en cuenta que esta pre-solicitud puede presentarse sin documentación, pero los plazos de tramitación podrían retrasarse***

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON SU PROPIETARIO Y KEPA CONTACTO

PROPOSITO DE ESTE FORMULARIO

El objetivo de este formulario es obtener su consentimiento para compartir su información con el propietario de su vivienda, y su KEPA Contacto, si un Contacto Comunitario de KEPA le ayudó con esta solicitud.

LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE

_____ (Nombre de agencia) solicita su permiso para compartir la información y los registros de su vivienda dentro de la agencia, con su arrendador, y con su KEPA Contacto si procede.

No está obligado a dar su consentimiento para compartir esta información confidencial y personal.

Si acepta compartir su información confidencial y sus registros personales, esta información se compartirá sólo si es necesario.

El único propósito de revelar esta información será permitir que el personal de esta agencia le proporcione un nivel adecuado de servicios.

Si usted no da su consentimiento para compartir su información confidencial y sus registros, éstos sólo se compartirán en la medida permitida por las leyes estatales y federales.

Yo, _____, **autorizo a la agencia arriba mencionada a hablar y/o contactar con la(s) siguiente(s) persona(s) y/u organización(es) en relación con mi vivienda.**

PROPIETARIO

KEPA CONTACTO (opcional)

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Telefono: _____

Email: _____

Email: _____

Permito voluntariamente que las partes mencionadas anteriormente obtengan y/o divulguen información relativa a mi vivienda. Entiendo que esta información no será enviada a nadie más que a las partes mencionadas anteriormente, sin mi permiso por escrito. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este formulario de consentimiento expira el 31 de diciembre de 2021.

Firma

Fech