



## 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

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

**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 <sup>1</sup>	Raza(s) (ver guía abajo <sup>2</sup> )	Hispano SI/No	Relacion a usted	Fuente de Ingresos <sup>3</sup>	Ingresos MENSUALES actuales
						SELF		
<b>Total de Ingresos MENSUALES actuales del Hogar:</b>								
<b>Ingresos ANUALES del hogar, total (multiplicar lo mensual por 12):</b>								

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

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

<sup>3</sup> 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

<b>1. Copia del contrato de arrendamiento (contrato escrito de la renta)</b>		
<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
<b>2. Prueba de ingresos o cartas de desempleo (también puede ser una declaración de impuestos de 2020 o un W2)</b>		
<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
<b>3. Facturas de servicios públicos (si procede)</b>		
<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 \_\_\_\_\_

**CLIENT CONSENT TO SHARE INFORMATION WITH YOUR LANDLORD AND KEPA LIAISON**

**PURPOSE OF THIS FORM**

The purpose of this form is to obtain your consent to share your information with your landlord regarding your housing.

**PLEASE READ THE FOLLOWING CAREFULLY**

\_\_\_\_\_ (Agency name) is requesting your permission to share your housing information and records within the agency and with your landlord.

You are not required to give your consent to share this confidential and personal information.

If you do agree to share your confidential information and personal records, this information will be shared with your landlord only on a need-to-know basis.

The sole purpose of revealing this information will be to enable the staff of this agency to provide you with appropriate level of services.

If you do not consent to share your confidential information and records, those records will only be shared to the extent allowed by state and federal law.

I, \_\_\_\_\_, authorize the agency listed above permission to speak and/or contact the following person and/or organization regarding my housing.

**LANDLORD**

**KEPA LIAISON**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

I voluntarily allow the above named parties to obtain and/or release information regarding my housing. I understand this information will not be forwarded to anyone other than the parties listed above, without my written permission. I can revoke this consent at any time. This consent form expires December 31, 2021.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**