



# Solicitud del Programa de Asistencia de Emergencia para Renta de Vivienda de las Islas Vírgenes



Envíe la solicitud completa con los documentos de respaldo a:

[erap@vihfa.gov](mailto:erap@vihfa.gov)

## Por favor:

Imprima claramente.

NO incluya documentos originales (solo requerimos fotocopias).

NO use grapas.

## Evite retrasos en el procesamiento:

No se puede determinar su elegibilidad hasta que provea toda la documentación requerida.

Asegúrese de completar todas las secciones y declaraciones (certificaciones).

- Firme y feche la solicitud donde se indique.
- Incluya todos los documentos de respaldo que figuran en la lista de verificación adjunta.
- Las solicitudes enviadas sin el documento de respaldo requerido se pueden retener por un máximo de 90 días.

## Sobre el programa

El Programa de asistencia de emergencia para renta de vivienda (ERAP) se ha creado para ayudar a las personas y familias que se han visto afectadas económicamente por COVID-19 para pagar renta y/los servicios públicos desde Marzo del 2020.

## ¿Quien es elegible?

- El hogar debe al menos un mes de alquiler o factura de servicios públicos o anticipa la necesidad de asistencia de alquiler en el futuro;
- El jefe de hogar o esposo(a) sufrió una pérdida de ingresos debido al COVID-19;
- Uno o más miembros del hogar esta en riesgo de quedarse sin hogar debido a la falta de pago del alquiler, y;
- El ingreso anual del hogar es igual o inferior al 80% del ingreso medio del área (consulte los detalles en [vihfa.gov](http://vihfa.gov))

## Documentos de Respaldo Para ser Enviado con su Solicitud

1. El nombre, la dirección postal y el número de teléfono de su arrendador
2. Declaración de alquiler adeudado o aviso de desalojo de su arrendador
3. Acta de nacimiento o licencia de conducir (REAL ID) y tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar
4. Copia firmada del contrato de arrendamiento
5. Identificación válida o factura de servicios públicos actual que verifique la residencia
6. Certificado de vencimiento que muestre los servicios públicos adeudados (electricidad y/o agua)
7. Copia de la planilla de contribución de 2019 (si corresponde)
8. Comprobante del estado de ingresos del hogar (según corresponda)
  - a. Declaración del seguro de desempleo
  - b. Carta de trabajo
  - c. Carta de despido o licencia
  - d. Al menos 2 meses de recibos de pago (talonarios)
  - e. Carta de beneficios del Seguro Social

Para obtener más información, visite [www.vihfa.gov/erap](http://www.vihfa.gov/erap).

Para obtener ayuda con este formulario, comuníquese con VIHFA en:  
**St. Thomas/St. John (340) 777- 4HFA (4432)**  
**St. Croix (340) 772 - 4HFA (4432)**



**Solicitud del Programa de Asistencia de Emergencia para el Renta de Vivienda de las Islas Vírgenes**

Virgin Islands Housing Finance Authority  
STT/STJ (340) 774-4432 | STX (340) 772-4432 | www.vihfa.gov/erap

**OFFICE USE ONLY**

Date \_\_\_\_\_

Client ID# \_\_\_\_\_

ERAP Intake Worker \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE ARRENDATARIO**

Responda todas las preguntas de este formulario en su totalidad. Si la pregunta no se aplica a su situación, ingrese N/A. Este formulario debe ser completado de forma clara y legible. No escriba en las áreas sombreadas de este formulario.

**1 INFORMACIÓN DEL APLICANTE**

**1. NOMBRE**

Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

**2. ¿Ha recibido usted o algún miembro de su hogar asistencia bajo este programa (ERAP) en los últimos 12 meses con el nombre mencionado anteriormente o con cualquier otro nombre?**  Sí  No

**3. Si ha utilizado otro nombre, ¿cuál fue?** \_\_\_\_\_

**4. Dirección de actual residencia:** Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Isla:  STX  STT/Water Island  STJ

Dirección de envío \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: VI Código postal: \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

**5. Número de teléfono** Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular / Otro \_\_\_\_\_

**6. Provea la siguiente información para usted y todos los miembros de su familia, incluidos los miembros de la familia que estén temporalmente ausentes. No incluya personas que no formen parte de su hogar. Enumere las personas no relacionadas que viven con usted en la Pregunta # 17**

Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el jefe(a) del hogar	Número de Seguro social	Ingresos mensuales de todas las fuentes
			JDH		

**Nota: Utilice la página adicional en la parte posterior de la aplicación para añadir nombres adicionales, si es necesario.**

**7. ¿Alguno de los miembros del hogar indicado en la página anterior tiene alguna discapacidad? Si es así, ¿cuántas personas?** \_\_\_\_\_

**8. Dirección de su empleador:** \_\_\_\_\_ **Number de teléfono** \_\_\_\_\_

**9. ¿Han disminuido sus ingresos desde el comienzo de la pandemia de COVID**

**(marzo de 2020)?**  Sí  No

Sí es así, ¿cómo? \_\_\_\_\_

## **2** SOLICITUD DE ASISTENCIA

**10A. Marque el tipo de asistencia de alquiler que necesita y enumere la cantidad que necesita.**

Renta atrasada	<input type="checkbox"/>	Mes(es) adeudado(s) _____	Cantidad \$ _____
Renta actual	<input type="checkbox"/>	Mes(es) a cubrir _____	Cantidad \$ _____
Servicios públicos vencidos (elec. y/o aqua)	<input type="checkbox"/>		Cantidad \$ _____
			Total \$ _____

**B. Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono del arrendador que requiere el pago.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del arrendador

\_\_\_\_\_  
Dirección del arrendador

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del arrendador

**11. Dirección de la unidad de alquiler para la que se necesita asistencia, si es diferente a su dirección actual:**

\_\_\_\_\_

**12. Explique brevemente la razón por la cual solicita esta asistencia y cómo su incapacidad para pagar está relacionada con COVID-19.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. ¿Su propietario le ha entregado un aviso de atraso?**  Sí  No

**14. ¿Hay alguna persona no relacionada que comparte o compartirá la responsabilidad del alquiler?**  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la (s) persona (s) y qué parte de la renta pagan.

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿De qué porcentaje del alquiler es responsable? \_\_\_\_\_ %

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿De qué porcentaje del alquiler es responsable? \_\_\_\_\_ %

**15. ¿Recibe usted o alguno de los miembros de su hogar ingresos de las siguientes fuentes?** En caso afirmativo, provea la cantidad mensual bruta para toda la familia.

Tipo de ingreso	Sí	No	Cantidad mensual	Tipo de ingreso	Sí	No	Cantidad mensual
Empleo			\$	Pensión del gobierno			\$
TANF/GC			\$	Pensiones privadas			\$
SSI			\$	Beneficios de huelga			\$
Seguro Social			\$	Jubilación ferroviaria			\$
Beneficios por discapacidad			\$	Asignación militar			\$
Beneficios de veteranos			\$	Pensión alimenticia			\$
Seguro de desempleo			\$	Otro, incluidas las ganancias de la lotería			\$
Compensación detrabajadores			\$	<b>TOTAL</b>			\$

**16. ¿Su hogar recibe Cupones para Alimentos?**  Sí  No

En caso afirmativo, provea la cantidad mensual \$ \_\_\_\_\_

**17. ¿Vive con usted alguna persona no relacionada que pague la renta?**  Sí  No

En caso afirmativo, indíquelo(s) y registre la cantidad que paga(n) de la renta.

Nombre	Renta mensual de habitación
	\$
	\$
	\$
<b>TOTAL</b>	\$

**18. ¿Ha descrito todos los ingresos mensuales de su hogar en las preguntas anteriores?**  Sí  No

En caso negativo, indique cualquier otra fuente y la cantidad mensual bruta que recibe de cada una.

Fuente \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Fuente \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

## 4 INFORMACIÓN DE RECURSOS

19. ¿Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar otros recursos?  Sí  No

En caso afirmativo, describa a continuación. Proporcione el monto total para toda la familia.

Tipo de recurso	Saldo disponible	Institución depositaria (banco)
Cuenta de cheques		
Cuenta (s) de ahorro /Cuenta de depósito en garantía		
Cuenta (s) de ahorro /Cuenta de depósito en garantía		
Cuenta (s) de ahorro /Cuenta de depósito en garantía		
Cuenta de cooperativa de crédito		
Distribuciones de IRA / Pensiones		
Otro(Indique; _____)		

## 5 INFORMACIÓN DE GASTOS

20. ¿Cuáles serán los gastos de su familia en los próximos 30 días? (No enumere los gastos que otra persona paga por usted).

Tipo de recurso	Cantidad
Renta/Hipoteca	\$
Compañía de gas	\$
Electricidad	\$
Agua	\$
Telefono	\$
Alimentos (gastos en efectivo)	\$

Tipo de recurso	Cantidad
Pensión alimenticia	\$
Manutención infantil voluntaria	\$
Manutención de menores ordenada por la corte	\$
Otro	\$
	\$
<b>TOTAL</b>	\$

## 6 INFORMACIÓN ADICIONAL

21. ¿Ha solicitado o recibido ayuda para pago de renta de alguna organización comunitaria, como organizaciones benéficas privadas o iglesias? Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué cantidad esperaba recibir?

Nombre de la organización	Cantidad recibida	Propósito/uso de fondos

22. ¿Espera algún cambio en los ingresos de su hogar durante los próximos 30 días?  Sí  No

En caso afirmativo, explique por favor: \_\_\_\_\_

23. ¿Es usted un veterano?  Sí  No

## 7 Firmas

Doy fe de que uno o más miembros de mi hogar (i) calificaron para beneficios de desempleo y/o (ii) experimentaron una reducción en los ingresos del hogar, incurrieron en costos significativos o experimentaron otras dificultades financieras debido, directa o indirectamente, al brote del COVID-19.

Declaro bajo pena de perjurio que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Acepto presentar todos los documentos de verificación solicitados o autorizar a la agencia de admisión o al equipo de procesamiento del Programa de asistencia de alquiler de emergencia, obtener los documentos o contactar a cualquier tercero autorizado, para verificar la información relacionada con esta solicitud.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de esposo o esposa / co-solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si el solicitante recibió ayuda para completar esta solicitud, la persona que brindó la asistencia debe firmar a continuación.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección de casa** \_\_\_\_\_

**Intake Worker's Signature**

**Signature of Worker** \_\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

**Intake Agency**

- |                                      |                                   |                               |   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> STJCF       | <input type="checkbox"/> CCVI-STT | <input type="checkbox"/> MTOC | <input type="checkbox"/> Salvation Army - STT |
| <input type="checkbox"/> STXMO       | <input type="checkbox"/> CCVI-STX | <input type="checkbox"/> WCSC | <input type="checkbox"/> Salvation Army - STX |
| <input type="checkbox"/> OTHER _____ |                                   |                               |   |