

Fecha: _____

**ACUERDO DEL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA CityFHEPS
(Spanish)**

Nombre del solicitante del programa: _____

Yo, _____, he pedido un suplemento de asistencia de alquiler mensual del programa CityFHEPS para ayudar a mi grupo familiar a pagar el alquiler de la siguiente unidad, que he visto personalmente:

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. Acepto:
 - presentar información precisa, completa y actualizada sobre los ingresos, las horas trabajadas (si está empleado) y la composición del grupo familiar;
 - presentar documentación de apoyo según sea necesario para verificar la elegibilidad de mi grupo familiar;
2. Entiendo que, si se aprueba mi subsidio de alquiler, la cantidad que tengo que pagar por el alquiler, si corresponde, se basará en la información de ingresos en mi carta de participación en el grupo familiar.
 - a Si ese ingreso no es correcto y estoy recibiendo Asistencia en Efectivo, debo informar de los cambios a un Benefits Access Center, ya sea en ACCESS HRA o en persona, y presentar pruebas del ingreso correcto.
3. Cualquier información que presente relacionada con mi solicitud para CityFHEPS estará sujeta a verificación de la HRA. Si la información que presento es incorrecta, es posible que se me niegue la inscripción en CityFHEPS.
4. Acepto una investigación para verificar o confirmar la información que he dado relacionada con mi solicitud a CityFHEPS. Si se pide más información, la presentaré.
5. Entiendo que DSS/HRA/DHS usa información de la División de Renovaciones Comunitarias del estado de Nueva York (DHCR) para determinar si un apartamento tiene alquiler estabilizado y cuánto es la cantidad máxima legal del alquiler. Acepto dejar que DSS/HRA/DHS use información de la DHCR sobre esta unidad para determinar mi elegibilidad para CityFHEPS.

(Continúa en la página siguiente)

Además, comprendo y acepto lo siguiente si me aprueban para CityFHEPS:

1. Mi aviso de aprobación de CityFHEPS incluirá la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS.
2. La HRA pagará la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS directamente a mi arrendador (o a la persona que este designe) cada mes.
3. Entiendo que la HRA pagará la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler. Si vivo en los cinco (5) distritos de la ciudad de Nueva York y recibo Asistencia en Efectivo, la HRA también puede pagarme a mi arrendador (o a la persona que este designe) un Subsidio de Vivienda. Entiendo que **soy responsable de pagar el resto de mi alquiler**.
4. Acepto presentar una solicitud para todos los apoyos de trabajo a los que tengo derecho. Estos apoyos de trabajo incluyen beneficios públicos y créditos fiscales, como el Crédito Tributario por los Ingresos del Trabajo (Earned Income Tax Credit, EITC), el Crédito Fiscal Infantil (Child Tax Credit, CTC) y el Crédito Fiscal por el Cuidado Infantil (Child Care Tax Credit, CCTC). Para obtener ayuda con la preparación de impuestos, puedo visitar www.nyc.gov/taxprep, o llamar al 311 y pedir "tax preparation assistance" (ayuda con la preparación de impuestos).
5. Debo hacer el máximo esfuerzo para conservar mi vivienda.
6. Si vivo en la ciudad de Nueva York, puedo obtener ayuda y referencias de mi oficina local de Homebase u otro proveedor de servicios designado para cosas como mediación entre propietario-inquilino y servicios para desahucios.
7. Todos los miembros de mi grupo familiar que son elegibles para recibir Asistencia en Efectivo (CA) deben recibirla.
8. Si mi grupo familiar puede ser elegible para cualquier beneficio de vivienda federal o estatal, incluyendo la Sección 8 o FHEPS, debo pedir dichos beneficios y aceptarlos si se ofrecen.
9. Si mi grupo familiar es elegible para un albergue de la HRA, este no puede incluir a las personas que hicieron que mi grupo familiar fuera elegible para un albergue de la HRA.
10. Debo obtener la aprobación de la HRA antes de mudarme a un nuevo apartamento.
11. Acepto avisar de inmediato a la HRA, llamando al 718-557-1399, si:
 - me mudo;
 - me han entregado papeles de desahucio;
 - mi arrendador o la persona a quien le pago el alquiler cambia; o
 - me retraso en el pago del alquiler.
12. Si estoy alquilando una habitación o una habitación de ocupación individual (SRO) y planeo agregar a alguien menor de 18 años a mi grupo familiar, avisaré de inmediato a la HRA, llamando al 718-557-1399, para poder obtener ayuda para mudarme a un apartamento.

(Continúa en la página siguiente)

13. Entiendo que CityFHEPS no se puede combinar con ningún otro programa de asistencia de alquiler, excepto con la aprobación previa de la HRA.
14. Cooperaré totalmente con la ciudad en su administración del programa CityFHEPS.

Debe saber

- Un arrendador o bróker no puede negarse a aceptar CityFHEPS. Rechazar CityFHEPS puede constituir una discriminación por fuente de ingresos según la Ley de derechos humanos de la ciudad de Nueva York (NYC Human Rights Law) o por la Ley de derechos humanos del estado de Nueva York (NYS Human Rights Law).
- Están prohibidos los tratos con los arrendadores o brókers.
- Si un arrendador o bróker rechaza CityFHEPS o le pide un acuerdo por separado, llame a la Comisión de Derechos Humanos de NYC al 212-416-0197.
- El vale de garantía de la HRA se considera pago del depósito de seguridad. El arrendador o el bróker no deben pedirle que pague más dinero en concepto de fianza.
- Los brókers no deben pedirle que pague más cargos.
- Su arrendador no puede obligarlo a mudarse a otra unidad.
- Llame inmediatamente a la Comisión de Derechos Humanos de NYC al 212-416-0197 si la unidad que vio durante el recorrido no es la misma que le ofrecen en el momento de mudarse.

Firmas obligatorias

He leído y comprendido esta Declaración de entendimiento del participante del programa y acepto sus términos.

Fecha

Firma del solicitante del programa

He leído y comprendido esta Declaración de entendimiento del participante del programa. Acepto cooperar completamente con la HRA y su administración del programa CityFHEPS y presentar información precisa sobre mis ingresos y cualquier otra información según sea necesario. Acepto una investigación para verificar o confirmar la información que presente relacionada con la administración de la HRA de CityFHEPS.

Fecha

Nombre del miembro del grupo familiar

Firma del miembro del grupo familiar

Fecha

Nombre del miembro del grupo familiar

Firma del miembro del grupo familiar

Fecha

Nombre del miembro del grupo familiar

Firma del miembro del grupo familiar

(Continúa en la página siguiente)

Los siguientes miembros adultos del grupo familiar no han firmado una copia de este acuerdo por los siguientes motivos:

Nombre del administrador de casos o especialista en vivienda

Firma del administrador de casos o especialista en vivienda

Fecha

La firma del administrador de casos o especialista en vivienda confirma la información del miembro del grupo familiar indicada arriba.

CityFHEPS es similar al programa federal de la Sección 8 en que, sujeto a la disponibilidad de fondos, da asistencia, incluyendo cantidades específicas de asistencia para el alquiler, a arrendadores e inquilinos que quieran hacer una relación arrendador-inquilino. Cualquier relación contractual será únicamente entre cada inquilino que participa en el programa y cada arrendador del inquilino que participa en el programa.

¿Tiene alguna condición médica o de salud mental, o alguna discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición obtener otros servicios de la HRA? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al 718-557-1399. También puede pedir ayuda en una oficina de la HRA. Usted tiene derecho a pedir este tipo de ayuda, en virtud de la ley.