



Jefferson Parish

Department of Community Development

Cynthia Lee Sheng
Parish President

Nicole A. M. Fontenot
Director

Jefferson Parish ERA COVID Rental/Utility Assistance Program Application and Intake Form

Apellido: _____ MI: ____ Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono casa #: _____ Cell #: _____ Email: _____
Número de habitaciones que hay en la propiedad: _____

Sección 1: Información de asistencia

El Programa de Asistencia de Alquiler / Servicios Públicos de Jefferson Parish sirve a personas elegibles que, debido a la emergencia COVID-19, ahora carecen de ingresos o recursos suficientes para pagar el alquiler y / o los servicios públicos. Indique qué circunstancia se aplica marcando la casilla correspondiente a continuación:

- Fue requerido ser puesto en cuarentena basado en un diagnóstico de COVID-19.
- Se requiere auto-cuarentena en base a una orden del gobernador, personal médico, o el consejo o directiva de una autoridad de salud pública local o estatal, la directiva de un agente de la ley, o tiene motivos para creer que -La cuarentena es lo mejor para la salud pública y la seguridad humana debido a una exposición o actividad de alto riesgo.
- Se requiere auto-cuarentena basado en la edad mayor de 65 años o condición de salud que lo coloca en mayor riesgo de COVID-19.
- Sufrió una pérdida sustancial de ingresos por COVID-19, que incluye:
 - o Pérdida de empleo;
 - o Reducción de la compensación;
 - o Cierre del lugar de trabajo;
- Obligación de ausentarse del trabajo para cuidar de un niño en edad escolar que debe permanecer en el hogar; u
- Otras circunstancias pertinentes:

- Experimentó un gran costo médico inesperado relacionado con COVID-19.



Jefferson Parish

Department of Community Development

Cynthia Lee Sheng
Parish President

Nicole A. M. Fontenot
Director

Explique o aclare brevemente su reducción de ingresos o gastos médicos inesperados. Si sufre una reducción de ingresos debido a una reducción de los ingresos laborales, indique el nombre del empleador u otra fuente de ingresos perdidos o reducidos:

Documentación requerida: Adjunte un aviso o correo electrónico de su empleador que documente la pérdida del trabajo, licencia, cierre, reducción de horas u otra documentación que respalde su pérdida de ingresos debido a COVID-19. Si no puede pagar el alquiler debido a un costo médico inesperado, adjunte la factura médica.

Marque el tipo de asistencia con la que necesita ayuda:

- Asistencia de alquiler / servicios públicos - Cantidad: _____
- Atrasos de alquiler - Cantidad: _____

Enumere cualquier asistencia de alquiler / servicios públicos permanente o temporal que reciba actualmente, como un vale de elección de vivienda (Sección 8) u otra asistencia de alquiler / servicios públicos. Si su Asistencia de alquiler / servicios públicos se basa en Ingresos, como un Vale de elección de vivienda de la Sección 8, indique si le ha informado al proveedor que sus Ingresos han cambiado solicitando un ajuste de su alquiler (recertificación interina) y el resultado de ese cambio (si se ajustó su alquiler).

Indique cualquier asistencia de emergencia para alquiler / servicios públicos que haya solicitado y el resultado de esa solicitud (si recibió asistencia).

Sección 2: Información del hogar

Enumere todas las personas que residen en su hogar. La primera línea es para el jefe de familia (HoH).



Jefferson Parish

Department of Community Development

Cynthia Lee Sheng
Parish President

Nicole A. M. Fontenot
Director

	Nombre e inicial	Relación	Número de				
# Apellido	del Segundo nombre	Género	con el/la jefa del hogar (HoH)	Fecha de nacimiento	Seguro Social completo*	Código de Raza	Código de Etnia
HoH			Uno mismo				
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

* Si esta persona no conoce su número de seguro social o se niega a compartirlo, indique "no sé" o "rechace" en la casilla. La elección de no compartir un número de seguro social no afectará de ninguna manera la elegibilidad para recibir asistencia.

Códigos de Razas:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1 - Blanco | 2- Negro o Afroamericano |
| 3- Asiático | 4 – Indio Americano/Nativo de Alaska |
| 5 – Nativo de Hawai u Otras islas del Pacífico | 6 – Multi-Racial |
| | 9 - Desconocido |

Sección 3: Ingresos del hogar (mensual)

Indique los ingresos BRUTOS (antes de impuestos) de TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años. La primera línea es para el jefe de familia (HoH).

#	A) Empleo o Salarios (incluidas horas extra, bonificaciones, comisiones y propinas)	(B) Seguro Social, Beneficios por discapacidad del mentor de jubilación	(C) Desempleo, TANF u otra asistencia pública	(D) Otros ingresos
(HoH).				
2				
3				
4				
Total				

Sumar el total de (A) hasta (D). Total de Ingresos:

Documentación requerida: Adjunte los recibos de pago de los últimos 30 días para todos los adultos mayores de 18 años, declaración (es) de pensión, carta (s) de concesión del seguro social, carta (s) de desempleo y / o documentación de cualquier otro ingreso familiar. Si trabaja por cuenta propia, complete el formulario de Certificación de trabajo por cuenta propia. Si tiene cero ingresos, complete el formulario de certificación de cero ingresos.



Jefferson Parish

Department of Community Development

Cynthia Lee Sheng
Parish President

Nicole A. M. Fontenot
Director

Sección 4: Información del propietario

Proporcione el nombre del propietario y la información de contacto.

Nombre del propietario: _____

Correo electrónico del propietario: _____

Teléfono del propietario: _____

Nombre de la propiedad: _____

Certifico que la información presentada en esta solicitud es verdadera y precisa a mi saber y entender. Certifico que aún no he recibido asistencia para el alquiler, a través del proveedor de Asistencia para el alquiler de Jefferson Parish o cualquier otro programa, que cubra los costos solicitados en esta solicitud. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. Como persona o entidad que recibe asistencia del DEPARTAMENTO DE TESORO, acepto reembolsar la asistencia que se determine que es duplicada. Al firmar a continuación, esto constituye un acuerdo y cumplimiento con la política de Duplicación de Beneficios de Jefferson Parish adjunta aquí.

Firma del Aplicante / Jefe del hogar

Fecha

Firma de un adulto adicional de su hogar (si aplica)

Fecha