



CENTRO COMUNITARIO DE SERVICIOS FAMILIARES

Ciudad de Bell Gardens

**COVID-19 Programa de Asistencia de Emergencia para Alquileres Residenciales
Formulario Preliminar de Admisión de Solicitud para la Lotería**

(Someter al Centro Comunitario de Servicios Familiares en 6662 Loveland, Bell Gardens, CA 90201)

Solicitante/Inquilino:					
Dirección del Inquilino:					
Número de teléfono:		Correo Electrónico:			
Renta mensual:		Fecha límite:		Cantidad vencida:	

Administrador de la Propiedad

Nombre el arrendador/ Administrador de la propiedad:					
Domicilio:				Ciudad :	
Estado:		Código Postal:		Teléfono:	

Por favor marque las Casillas que se aplican a los impactos económicos de la pandemia de COVID-19 durante el periodo del 27 de marzo de 2020 hasta el presente:

- Cierre del lugar de trabajo o horas reducidas debido a COVID-19, incluyendo despido, terminación, pérdida de horas de trabajo, reducción de ingresos por resultado del cierre del negocio u otros impactos económicos del empleador por COVID-19::
 - Miembro(s) del hogar fue/fueron despedidos por el empleador
 - Miembro(s) del hogar fue/fueron suspendidos por el empleador
 - Miembro(s) del hogar recibieron reducción de horas y/o pago
 - Miembro(s) de la casa se les negaron beneficios de Desempleo; o
 - Miembro(s) del hogar es trabajador(es) por cuenta propia y ha tenido pérdida de ingresos debido a COVID-19 (Se debe presentar una auto certificación firmada que incluya el nombre del miembro del hogar que trabajo por cuenta propia, el nombre y la naturaleza de la empresa, y una explicación que confirme el impacto económico en el trabajo por cuenta propia durante el periodo de la pandemia)
- Miembro(s) de la casa se enfermaron con COVID-19 o está cuidando a alguien en su hogar o miembro de familia que se enfermó de COVID-19 y esto causo dificultades financieras
- Miembro(s) de la casa fue/fueron impactados por gastos de cuidado infantil extraordinarios debido al cierre de las escuelas, gastos médicos, o gastos de atención medica debido a que el inquilino o un miembro del hogar del inquilino se enfermó de COVID-19
- Miembro(s) del hogar estaba/está obligado a cumplir con una recomendación de una autoridad de salud del gobierno de permanecer en casa, auto-cuarentena, o evitar congregarse con otros durante el estado de emergencia, lo que resulta en una pérdida de ingresos
- Miembro(s) del hogar experimentaron gastos significativos derivados de medidas de emergencia ordenadas por el gobierno

Miembro(s) del hogar experimentaron los siguientes factores adicionales relevantes para la reducción de los ingresos del inquilino como resultado de la emergencia COVID-19 (Por favor explique):

Certificación

La información dada anteriormente, hasta mi leal saber y entender, es verdadera. Entiendo que la aceptación de esta solicitud inicial por parte de la Ciudad de Bell Gardens no constituye la aprobación de mi solicitud. Acepto proporcionar, si se requiere, documentación de todas las fuentes de ingresos al Beneficiario/Administrador del Programa HUD.

Firma del Inquilino:		Fecha:	
----------------------	--	--------	--

Advertencia: La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación en cualquier momento. **Título 18, Código de los Estado Unidos, Sección 1001** establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por: 1) Cometer un falso o falsos conocimientos; 2) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficta o fraudulenta; 3) en cualquier asunto dentro de la jurisdicción del poder ejecutivo, legislativo o judicial de los **Estado Unidos**.

Por favor envíe la solicitud al Centro Comunitario de Servicios Familiares localizada en 6662 Loveland Street Bell Gardens, CA 90201.