

AYUNTAMIENTO DE LA CIUDAD DE PARAMOUNT PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ALQUILER

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA DETERMINAR ADMISIBILIDAD

1. **SOLICITUD DEL PROGRAMA**

Incluida en este paquete. Por favor lea y complete la solicitud en su totalidad. **(Solicitudes incompletas no serán revisadas)**

2. **FORMA DE CUALIFICACIONES Y CONDICIONES**

Incluida en este paquete. Por favor lea, firme y regrese este documento.

3. **COPIA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO**

Proporcione identificación con foto (ejem.: licencia de conducir o Identificación de CA) para las personas mayores de 18 años

4. **COMPROBANTE DEL IMPACTO ECONÓMICO DEBIDO AL COVID-19**

Presente documentación confirmando el impacto económico negativo durante el periodo de la pandemia de COVID-19.

Documentación del impacto económico negativo aceptable deberá incluir:

- Una **COPIA** de la notificación de la pérdida/terminación de empleo del empleador de los miembros de la familia durante el período de pandemia admisible (1 de marzo de 2020 hasta la fecha); o
- Una **COPIA** de la notificación de desempleo temporal del empleador de los miembros de la familia durante el período de pandemia admisible (1 de marzo de 2020 hasta la fecha); o
- Una **COPIA** de la notificación o forma firmada por el empleador de los miembros o miembro de la familia que confirma la reducción de horas y/o pago durante el período pandémico admisible (1 de marzo de 2020 hasta la fecha). La forma de Solicitud de Verificación de Ingreso o Reducción de Horas y/o Formulario de Pago se puede utilizar; **Y**
- Una **COPIA** de la solicitud y/o la aprobación para los beneficios del Seguro de Desempleo de los miembros o miembro de la familia durante el período de pandemia admisible (1 de marzo de 2020 hasta la fecha); o
- Una declaración jurada notariada que incluye el nombre del miembro de la familia que trabaja por cuenta propia (autónomo), el nombre y la naturaleza del negocio, y la narrativa que confirma el impacto económico en el trabajo por cuenta propia durante el período de pandemia elegible (1 de marzo de 2020 hasta la fecha); o
- Otra documentación apropiada aceptable por el Ayuntamiento.

5. **COPIA DE DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INGRESO**

Para cada adulto de la familia de 18 años o más, presente la documentación justificativa apropiada para cada tipo de ingreso indicado en la solicitud del programa en la Tabla F.

6. **ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS – TRES (3) MESES DE LOS MAS RECIENTES**

Intereses, dividendos, ingresos netos de alquiler, ingresos por regalías o ingresos de patrimonios y fideicomisos. Reporte incluso pequeñas cantidades acreditadas en la cuenta.

7. **COMPROBANTE DE ALQUILER**

Contrato de arrendamiento residencial actual o contrato de alquiler **Y** un estado de cuenta del dueño de la propiedad o compañía arrendadora indicando la cantidad a deber y/o la cantidad vencida.

8. **SERVICIOS PUBLICOS – si es aplicable**

Proporcione factura/estado de cuenta mensual actual que indica el saldo vencido.

9. **FORMA W-9**

La forma debe ser completada por el dueño de la propiedad o la compañía arrendadora.

10. **ACUERDO DE SUBROGACION**

Incluida en este paquete. Por favor lea, complete, firme y regrese este documento.

11. **CERTIFICACION DE DUPLICACION DE BENEFICIOS**

Incluida en este paquete. Por favor lea, firme y regrese este documento.

12. **PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA – FORMA DE ACEPTACIÓN DE PAGO**

Incluida en este paquete. La forma debe ser completada por el solicitante y el dueño de la propiedad o la compañía arrendadora.

SOLAMENTE LAS SOLICITUDES COMPLETAS JUNTO CON LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA SERÁN ACEPTADAS Y CONSIDERADAS – NO PRESENTE DOCUMENTOS ORIGINALES – POR FAVOR PROPORCIONE FOTOCOPIAS



Fecha Recibido _____

No. de Solicitud _____

Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount Programa de Subsidios para Asistencia de Alquiler de Emergencia

CONDICIONES Y REQUISITOS GENERALES

Yo/Nosotros comprendemos los siguientes requisitos de cualificación, condiciones y documentación para este programa:

I. CONDICIONES Y REQUISITOS GENERALES:

- El Programa de Subsidios para Asistencia de Alquiler de Emergencia proporciona subsidios por una sola vez a individuos y familias que alquilan una propiedad residencial en Paramount quienes han perdido ingresos debido a COVID-19 y que están en riesgo de perder su vivienda.
- La cantidad máxima de asistencia es de hasta 1,000 dólares por mes con un máximo de dos (2) meses consecutivos, basados en la necesidad actual.
- La forma de asistencia es un subsidio para pagar directamente a la compañía arrendadora o administradora que figura en el estado de cuenta mensual del alquiler. Los gastos que reúnen los requisitos necesarios que pueden ser pagados con fondos del subsidio incluyen el pago del alquiler vencido, del alquiler mensual actual, o facturas de servicios públicos vencidos. Los servicios públicos están limitados a la electricidad, gas natural y agua/alcantarillado y deben ser completamente la responsabilidad del arrendatario. Los gastos deben ser evidenciados por:
 - **Alquiler:** Contrato de arrendamiento residencial actual o contrato de renta por escrito mostrando la cantidad debida cada mes Y un estado de cuenta del Arrendador o del dueño de la propiedad indicando la cantidad que se debe y/o el pago vencido.
 - **Servicios Públicos:** Factura/estado de cuenta mensual actual que indica el saldo vencido.
- Para calificar, el total anual del ingreso familiar no debe exceder los límites enlistados en la table que se muestra enseguida.

TABLE "A" – Límites de Ingreso Permisible 2020

Tamaño de la Familia	Ingreso Anual Máximo para Familias de Bajos a Moderados Ingresos
1	\$63,100
2	\$72,100
3	\$81,100
4	\$90,100
5	\$97,350
6	\$104,550
7	\$111,750
8	\$118,950

- Para calificar, el ingreso familiar en bruto no debe exceder los ingresos enlistados en la Tabla "A". El ingreso familiar en bruto incluye **todos** los ingresos de **todas** las personas mayores de 18 años de edad del hogar.

- Para calificar, el individuo o familia debe demostrar que sus ingresos fueron reducidos / es reducido debido a COVID-19. Las situaciones que causan pérdida de ingresos incluyen, pero no se limitan a, pérdida de empleo, reducción de las horas de trabajo, reducción de salarios.
- La solicitud estará disponible a partir del 1er de octubre de 2020.
- La solicitud debe llenarse por completo e incluir todos los documentos de respaldo requeridos.
- Los solicitantes deberán programar una cita llamando a la línea telefónica del Programa de Asistencia de Emergencia al (909) 784-1457 y se les proporcionará la dirección para entregar a mano el paquete de solicitud..
- Las solicitudes serán aceptadas, fecha sellada y procesada en el orden recibido hasta que los fondos ya no estén disponibles.
- El Ayuntamiento revisará las solicitudes y comenzará a proporcionar respuestas dentro de los 21 días del calendario, o antes. Si una solicitud está incompleta, el solicitante tendrá 10 días del calendario para presentar la documentación faltante.
- El pago se realizará directamente a la compañía arrendadora / administradora o empresa de servicios públicos.
- El Ayuntamiento determina si los solicitantes reúnen los requisitos necesarios del programa y se reserva el derecho de denegar solicitudes en casos específicos donde las solicitudes y/o solicitantes no cumplen con las directrices del programa.

II. CERTIFICACIÓN: Yo/Nosotros he(mos) leído y comprendido todo lo precedente a las declaraciones de la cualificación y condiciones generales. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que cualquier omisión, distorsión, afirmación errónea, eliminaciones, falsificaciones, u otras acciones que resulten en mi/nuestra falta de cumplimiento conforme a los requisitos del programa estará sujeto a la cancelación inmediata de mi/nuestra solicitud y causar que cualquier fondo desembolsado sea inmediatamente debido y pagadero y pudiera provocar acciones legales más a fondo si se justifica.

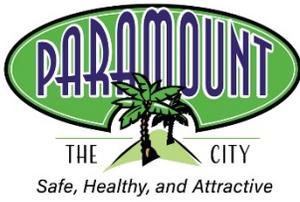
Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

Por favor dirija sus preguntas referentes al Programa de Subsidios de Emergencia para Asistencia de Alquiler a Esther Luis al (909) 784-1457.



Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount
Programa de Subsidios para
Asistencia de Alquiler de Emergencia

Fecha Recibido _____
No. de Solicitud _____

SOLICITUD DEL PROGRAMA

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA?

- Vecino Amigo/Miembro de Familia Pregunte al Ayuntamiento para ver si había dicho programa.
 Correo Directo/ Información enviada a mí por la Ciudad Anuncio en el Periódico – Nombre del periódico: _____
 Empleado/Oficial del Ayuntamiento me informó sobre el programa Internet – Sitio Web del Ayuntamiento u Otro: _____
 Otro (por favor explique): _____

INFORMACIÓN DE LA CABEZA DE LA FAMILIA:

Nombre(s) del/los Dueño(s) : _____

Dirección de la Propiedad: _____

Numero de Celular: _____ No. Alternativo: _____ Correo Electrónico: _____

Empleo: Jubilado Empleado por Si Mismo Empleado-Nombre del Empleador: _____

Sexo del Dueño: Masculino Femenino Edad: _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Anote el nombre de cada individuo que vive en la unidad de vivienda):

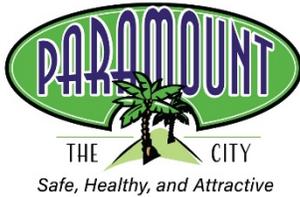
TABLA "B" – COMPOSICIÓN DEL HOGAR

NO.	NOMBRE	RELACIÓN CON LA CABEZA DE LA FAMILIA	DISCAPACITADO SI/NO	EDAD	SEXO
1.		Yo mismo			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

IMPACTO ECONÓMICO DEBIDO AL COVID-19:

- TERMINACIÓN DE EMPLEO DEBIDO AL COVID DESEMPLEO TEMPORAL/HORAS REDUCIDAS DEBIDO AL COVID
 OTRO

En sus propias palabras, describa por qué se redujo el ingreso familiar como resultado de COVID-19:



Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount
 Programa de Subsidios para
 Asistencia de Alquiler de Emergencia

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES

INSTRUCCIONES: Esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar "Ingresos Anuales (Brutos)", el número de miembros beneficiarios en la familia u hogar (según corresponda en función de la actividad), y las características relevantes de cada miembro a los efectos de la determinación de ingresos. El Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount requiere que la fuente de la documentación de respaldo se presente como un anexo a esta certificación. Se proporciona un resumen de las recomendaciones de documentación en la Tabla E. Los miembros beneficiarios adultos deben firmar esta declaración para certificar que la información está completa y precisa, y que la documentación de origen se proporcionará una vez requerida.

DEFINICIÓN DE INGRESOS: Para este programa, el Ayuntamiento de la Ciudad está utilizando la definición de ingresos de la Parte 5.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

TABLA "C" – INGRESOS MENSUALES ACTUALES DURANTE COVID-19 (1 DE MARZO – A LA FECHA)

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD DEL SOLICITANTE	CANTIDAD DEL CO-SOLICITANTE	OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE 18 AÑOS O MAYORES	TOTAL
Sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos. Reporte la cantidad antes de las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otros ingresos.	\$	\$	\$	\$
Ingresos netos por la operación de una empresa o profesión. Los gastos para la expansión de la empresa o la amortización del endeudamiento de capital no se utilizarán como deducciones. Reportar todos los ingresos y retiros (excepto cuando el reembolso de efectivo o activos invertidos en la operación por la familia).				
Intereses, dividendos, ingresos netos de alquiler, ingresos por regalías o ingresos de patrimonios y fideicomisos. Reporte incluso pequeñas cantidades acreditadas en la cuenta.				
Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad, beneficios por fallecimiento u otros tipos de recibos periódicos similares. Reporte la cantidad total recibida.				
Pagos en lugar de ganancias como desempleo, discapacidad, compensación de trabajadores e indemnización por despido. Reporte la cantidad total recibida.				
Cualquier pago de asistencia pública o bienestar de la oficina de bienestar estatal o local. Reporte la cantidad total recibida				
Mesadas periódicas y determinables tales como pagos de pensión alimenticia y manutención de niños y contribuciones o regalos regulares recibidos de organizaciones o personas que no residen en la vivienda. Reporte la cantidad total recibida.				
Todos los pagos regulares, pagos especiales y mesadas de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto el pago especial para un miembro de la familia que está expuesto a fuego hostil. Reporte la cantidad total recibida.				
Total de Ingreso Bruto Mensual Actual			A	\$
Multiplique por 12 meses en un año			B	X12
A por B igual a TOTAL DE INGRESO ANUAL			C	\$

TABLA "D" – INGRESOS MENSUALES ANTES DE COVID-19 (ENERO – FEBRERO 2020)

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD DEL SOLICITANTE	CANTIDAD DEL CO-SOLICITANTE	OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAYORES DE 18 AÑOS	TOTAL
Sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos. Reporte la cantidad antes de las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otros ingresos.	\$	\$	\$	\$
Ingresos netos por la operación de una empresa o profesión. Los gastos para la expansión de la empresa o la amortización del endeudamiento de capital no se utilizarán como deducciones. Reportar todos los ingresos y retiros (excepto cuando el reembolso de efectivo o activos invertidos en la operación por la familia).				
Intereses, dividendos, ingresos netos de alquiler, ingresos por regalías o ingresos de patrimonios y fideicomisos. Reporte incluso pequeñas cantidades acreditadas en la cuenta.				
Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad, beneficios por fallecimiento u otros tipos de recibos periódicos similares. Reporte la cantidad total recibida.				
Pagos en lugar de ganancias como desempleo, discapacidad, compensación de trabajadores e indemnización por despido. Reporte la cantidad total recibida.				
Cualquier pago de asistencia pública o bienestar de la oficina de bienestar estatal o local. Reporte la cantidad total recibida				
Mesadas periódicas y determinables tales como pagos de pensión alimenticia y manutención de niños y contribuciones o regalos regulares recibidos de organizaciones o personas que no residen en la vivienda. Reporte la cantidad total recibida.				
Todos los pagos regulares, pagos especiales y mesadas de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto el pago especial para un miembro de la familia que está expuesto a fuego hostil. Reporte la cantidad total recibida.				
Total de Ingreso Bruto Mensual Antes del COVID-19			A	\$
Multiplique por 12 meses en un año			B	X12
A por B igual a TOTAL DE INGRESO ANUAL			C	\$

INSTRUCCIONES: Marque todos los que aplican y explique enseguida:

TABLA "E" IMPACTO ECONÓMICO DEBIDO AL COVID-19

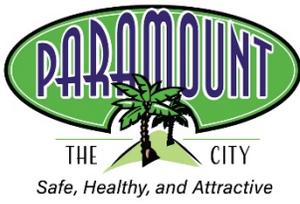
- TERMINACIÓN DE EMPLEO DEBIDO AL COVID DESEMPLEO TEMPORAL/HORAS REDUCIDAS DEBIDO AL COVID
 OTRO

Con sus propias palabras, describa por qué se redujo el ingreso familiar como resultado de COVID-19:

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS: Proporcione los documentos solicitados a continuación, si corresponde a su familia para todos los miembros de la familia mayores de 18 años. Todos los documentos presentados deben ser copias y no serán devueltos. **No envíe originales.**

TABLA "F" – DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS REQUERIDA

SI USTED O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA TIENE INGRESO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FUENTES:	SE LE REQUIERE QUE PRESENTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:	CUBRIENDO LOS SIGUIENTES PERÍODOS DE TIEMPO:
Sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos. Reporte la cantidad antes de las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otros ingresos.	Copias de los últimos 3 talones de cheques de nómina de pagos / estados de cuenta de ganancias.	Enero 1, 2020 – Febrero 29, 2020 - Y - Marzo 1, 2020 – a la Fecha
Ingresos netos por la operación de una empresa o profesión. Los gastos para la expansión de la empresa o la amortización del endeudamiento de capital no se utilizarán como deducciones. Reportar todos los ingresos y retiros (excepto cuando el reembolso de efectivo o activos invertidos en la operación por la familia).	Declaración de Impuestos Federales completo (todas las páginas) más reciente presentada; o Reporte del Estado de Ingresos y Egresos reflejando la ganancia neta después de la deducción de los gastos de la empresa	Enero 1, 2020 – a la Fecha
Intereses, dividendos, ingresos netos de alquiler, ingresos por regalías o ingresos de patrimonios y fideicomisos. Reporte incluso pequeñas cantidades acreditadas en la cuenta.	Estados de Cuentas Bancarias	Tres (3) meses de los más recientes
Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad, beneficios por fallecimiento u otros tipos de recibos periódicos similares. Reporte la cantidad total recibida.	Carta del Seguro Social u otra Carta de Asignación; o Estados de Cuentas Bancarias	Carta de Asignación del presente año o Tres (3) meses de los más recientes de estados de cuentas bancarias
Pagos en lugar de ganancias como desempleo, discapacidad, compensación de trabajadores e indemnización por despido. Reporte la cantidad total recibida.	Carta de Asignación; o Estados de Cuentas Bancarias	Carta de Asignación del presente año o Tres (3) meses de los más recientes de estados de cuentas bancarias
Cualquier pago de asistencia pública o bienestar de la oficina de bienestar estatal o local. Reporte la cantidad total recibida	Carta de Asignación; o Estados de Cuentas de la fuente de asistencia	Carta de Asignación del presente año o estado de cuenta de beneficios actuales de fuentes de asistencia
Mesadas periódicas y determinables tales como pagos de pensión alimenticia y manutención de niños y contribuciones o regalos regulares recibidos de organizaciones o personas que no residen en la vivienda. Reporte la cantidad total recibida.	Carta de Asignación; o Estados de Cuentas Bancarias	Tres (3) meses de los más recientes
Todos los pagos regulares, pagos especiales y mesadas de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto el pago especial para un miembro de la familia que está expuesto a fuego hostil. Reporte la cantidad total recibida.	Estados de Cuentas Bancarias; Copias de los últimos 3 talones de cheques de nómina de pagos	Tres (3) meses de los más recientes



Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount
Programa de Subsidios para
Asistencia de Alquiler de Emergencia

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

INSTRUCCIONES: La información en esta hoja es estrictamente confidencial y será combinada con información estadística para informes federales únicamente.

I. **ETNICIDAD:** Hispano No es Hispano

II. **ANTECEDENTES RACIALES (POR FAVOR MARQUE LOS ESPACIOS APROPIADOS):**

Categoría de Una Raza:

- Afroamericano
- Asiático
- Indígena Nativo Americano
- Isleño del Pacífico
- Blanca (Incluye Hispanos)

Categoría de Doble Raza:

- Afroamericano y Blanco
- Afroamericano e Indígena Nativo Americano
- Asiático y Blanco
- Indígena Nativo Americano y Blanco
- Otro Multi-Racial

CERTIFICACIÓN: Certificamos que esta información es completa y precisa y que hemos proporcionado documentación de respaldo como parte de esta aplicación.

Además, Yo/Nosotros certificamos bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que Yo/Nosotros no podemos recibir, y no he/hemos recibido, otros beneficios federales o no federales o asistencia para alquiler o asistencia de servicios públicos por el período de tiempo entre el 1 de marzo de 2020 y la fecha de la última firma en este formulario de solicitud. Yo/Nosotros además Certificaremos que no perseguiremos otros beneficios federales o no federales para los mismos usos de este programa de subsidios para los costos de asistencia de alquiler y/o servicios públicos por el período del 1 de marzo de 2020 hasta el pago final de asistencia realizado por el Ayuntamiento bajo el Programa de Subsidios para Asistencia de Alquiler de Emergencia.

TABLA “G” – FIRMAS DE CERTIFICACIÓN

FIRMA DEL SOLICITANTE, NOMBRE IMPRESO Y FECHA		
Firma	Nombre Impreso	Fecha

FIRMA DE OTROS ADULTOS EN LA FAMILIA, NOMBRE IMPRESO Y FECHA		
Firma	Nombre Impreso	Fecha

ADVERTENCIA: La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos que establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por hacer a sabiendas y voluntariamente una declaración falsa o fraudulenta a un departamento del Gobierno de los Estados.

**SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS O
REDUCCIÓN DE LAS HORAS Y/O DE LA PAGA**

Al Empleador: _____ Fecha: _____

Aplicante del Formulario: _____

Dirección del Aplicante: _____

He solicitado el Programa de Asistencia Hipotecaria de Emergencia de la Ciudad de Paramount. He autorizado al programa para obtener de usted una verificación de mis ingresos (y/o) reducción de horas y/o pago debido a la crisis económica de COVID-19. Para que se determine mi elegibilidad, la ciudad debe verificar todos mis ingresos. La información solicitada es para uso confidencial del programa de la Ciudad y del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. solamente. Sírvase proporcionar la información solicitada a continuación y devolver este formulario, utilizando el sobre franqueado y con la dirección proporcionada.

(Firma del Aplicante)

.....

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador: _____ Cargo Ejercido: _____

Fecha de Empleo: Desde _____ A _____

Tipos de Empleo: ___ Permanente ___ Temporal ___ Por temporada ___ Intermitente

Probabilidad de Empleo Continuo: _____

(Para Verificación de Ingresos)

TASA DE PAGO: (estimado, si no se paga realmente por hora, mensual o anua):

\$ _____ por hora; \$ _____ por mes; o \$ _____ anual

Compensación Adicional: (Montos reales recibidos en los últimos 12 meses)

Sobretiempo: \$ _____, Propinas \$ _____, Comisiones, Bonos: \$ _____

(Para la Reducción de Paga y/o Horas)

CAMBIO DE TASA DE PAGO: (estimado, si no se paga realmente por hora, mensual o anua):

Antigua Tasa de Pago a partir de (dd/mm/aa): \$ _____ Por hora; \$ _____ mensual; or \$ _____ anual

Nueva Tasa de Pago a partir de (dd/mm/aa): \$ _____ por hora; \$ _____ mensual; or \$ _____ anual

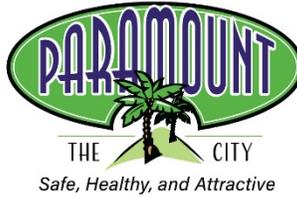
REDUCCIÓN DE HORAS TRABAJADAS: (estimadas si no son las reales):

Antiguas horas trabajadas regulares a partir de (dd/mm/aa): Horas por _____ día; _____ semana; o _____ mes

Nuevas horas trabajadas regulares a partir de (dd/mm/aa): Horas por _____ día; _____ semana; o _____ mes

(Fecha)

(Firma y Título del Empleador)



AYUNTAMIENTO DE LA CIUDAD DE PARAMOUNT

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA

Participación en el Programa- Contrato de Aceptación de Pago

Arrendatario Solicitante:
Dirección del Arrendatario:

SECCIÓN I - COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL AYUNTAMIENTO
--

Arrendador/Propietario Legal	Empresa de Administración (si aplica)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Correo Electrónico	Teléfono
--------------------	----------

El Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount, en lo sucesivo denominada Ayuntamiento, administra este programa y ha verificado el contrato de arrendamiento/alquiler y otra documentación de admisibilidad por el Solicitante identificado anteriormente y ha determinado que este hogar reúne los requisitos necesarios para recibir el Subsidio para Asistencia de Alquiler de Emergencia. El Ayuntamiento expedirá pagos mensuales de alquiler y/o alquileres mensuales vencidos directamente al arrendador/empresa de administración de propiedades en nombre de las cabezas de las familias admisibles afectados económicamente durante la pandemia COVID-19 a través de la pérdida del trabajo, desempleo temporal o reducción de horas y pago. Este contrato y la forma W-9 completada, solicitud de Número de Identificación del Contribuyente y Certificación deben ser completados por el arrendador / compañía de administración de la propiedad y devueltos al personal del Ayuntamiento con el fin de procesar el pago(s). Los pagos se expedirán mensualmente al arrendador como se define a continuación:

ASISTENCIA DE ALQUILER PROPORCIONADO Cantidad \$ _____	TÉRMINOS DE ASISTENCIA ANTICIPADOS Para _____ mes consecutivo empezando _____ por el/los mes(es) de _____
--	---

NOMBRE DEL PERSONAL DEL AYUNTAMIENTO (IMPRIMA)	FIRMA DEL PERSONAL DEL AYUNTAMIENTO	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
---	--	--------------	---------------------------

SECCIÓN II - COMPLETADO POR EL ARRENDATARIO SOLICITANTE

ENTIENDO Y CERTIFICO QUE: En ningún caso a mi arrendador no es autorizado a un pago de un mes que no residí en su propiedad. Entiendo que puedo ser procesado si cometo un fraude o a sabiendas asisto a mi arrendador a cometer el fraude. Si soy encontrado culpable de cometer el fraude, ya no tendré derecho a recibir pagos de alquiler de mi parte del Ayuntamiento. Yo no deberé adquirir derechos de demandar [Ayuntamiento] para el pago del alquiler (o el saldo de alquiler) o para una violación de cualquier obligación por el arrendador.

También entiendo y certifico que no recibo ningún otro subsidio de alquiler de vivienda y/o asistencia para el pago total o parcial del alquiler mensual de cualquier otra entidad gubernamental.

Además, si comprendo que esta asistencia de alquiler puede no cubrir la cantidad total de mi pago mensual de alquiler, y la diferencia entre la asistencia del Ayuntamiento y de mi monto total del alquiler mensual actual sigue siendo mi responsabilidad de pagar a mi arrendador.

Entiendo que la asistencia de alquiler es limitada y la duración de la asistencia es como se indica en la Sección 1 de este contrato. El Ayuntamiento hará todo lo posible para hacer pagos de asistencia de alquiler según lo requiera el contrato de arrendamiento, pero solo será responsable de los cargos por mora debido a errores administrativos por parte del personal del Ayuntamiento. Entiendo que la asistencia puede ser cancelada si se determina que un participante ya no es admisible, nunca reunió los requisitos necesarios para su admisibilidad, no ha participado plenamente en el programa, y/o no ha sido totalmente compatible con los requisitos del programa según lo determinado por el Ayuntamiento. Algunos ejemplos de incumplimiento son el incumplimiento de la devolución de llamadas telefónicas o correos electrónicos y la falta de divulgación de todos los ingresos o gastos.

Además, entiendo que la información proporcionada en mis formularios de la solicitud está sujeta a verificación por HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a un Departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (ARRENDATARIO) (IMPRIMA):

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

FIRMA DEL SOLICITANTE (ARRENDATARIO):

FECHA:

NÚMERO DE TELÉFONO:

SECCIÓN IV - CERTIFICACIÓN DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO LEGAL/EMPRESA DE ADMINISTRACIÓN DE PROPIEDADES

ENTIENDO Y CERTIFICO QUE: En ningún caso tengo derecho a un pago por un mes que el solicitante no reside en mi propiedad. Si recibo un pago directo de alquiler por un mes que el solicitante no residió en mi propiedad, voy a remitir al Ayuntamiento una cantidad que representa el alquiler pagado en exceso. Para devolver dichos montos o pagos, llamaré al Ayuntamiento al (562) 220-2036 y enviar por correo el pago al Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount al 16400 Colorado Ave, Paramount, CA 90723.

No debo cobrar un pago directo de alquiler si el solicitante se ha mudado. Puedo ser procesado si cometo fraude o a sabiendas ayudo a un solicitante a cometer fraude. Si me encuentran culpable de cometer fraude, va no tendré derecho a recibir pagos directos de alquiler. No puedo adquirir derechos para demandar a [Ayuntamiento] por el pago del alquiler o por un incumplimiento de cualquier obligación por parte del arrendatario.

También entiendo y certifico que no he recibido ningún otro subsidio y/o asistencia de o en nombre de este solicitante para el pago total o parcial del alquiler mensual.

La asistencia de alquiler es limitada y la duración de la asistencia según se indica en la Sección 1 de este acuerdo. El Ayuntamiento hará todo lo posible para hacer pagos de asistencia de alquiler según lo requiera el contrato de arrendamiento, pero solo será responsable de los cargos por mora debido a errores administrativos por parte del personal del Ayuntamiento. Entiendo que la asistencia puede ser cancelada si se determina que un participante ya no es admisible, nunca reunió los requisitos necesarios para su admisibilidad, no ha participado plenamente en el programa, y/o no ha sido totalmente compatible con los requisitos del programa según lo determinado por el Ayuntamiento. Entre los ejemplos de incumplimiento se incluyen la falta de devolución de llamadas telefónicas o correos electrónicos y la falta de divulgación de todos los ingresos o gastos.

Además, entiendo y acepto que durante la vigencia de este contrato, debo entregar al Ayuntamiento una copia de cualquier aviso al participante del programa para desalojar la unidad de vivienda, o cualquier queja utilizada bajo la ley estatal o local para iniciar una acción de desalojo contra el participante del programa.

Además, entiendo que la información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por hacer a sabiendas y voluntariamente una declaración falsa o fraudulenta a un Departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

INICIAL DEL ARRENDADOR: _____

EL ARRENDADOR/PROPIETARIO LEGAL/EMPRESA DE ADMINISTRACIÓN DE PROPIEDADES DEBE FIRMAR E INSERTAR LA FECHA:

NOMBRE DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO LEGAL/EMPRESA DE ADMINISTRACIÓN (IMPRIMA):

FIRMA DEL ARRENDADOR/PROPIETARIO LEGAL/EMPRESA DE ADMINISTRACIÓN:

FECHA:

NÚMERO DE TELÉFONO:

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

**Give Form to the
 requester. Do not
 send to the IRS.**

▶ Go to www.irs.gov/FormW9 for instructions and the latest information.

Print or type.	See Specific Instructions on page 3.	<p>1 Name (as shown on your income tax return). Name is required on this line; do not leave this line blank.</p> <hr/> <p>2 Business name/disregarded entity name, if different from above</p> <hr/> <p>3 Check appropriate box for federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only one of the following seven boxes.</p> <p> <input type="checkbox"/> Individual/sole proprietor or single-member LLC <input type="checkbox"/> C Corporation <input type="checkbox"/> S Corporation <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Trust/estate </p> <p> <input type="checkbox"/> Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=Partnership) ▶ _____ </p> <p>Note: Check the appropriate box in the line above for the tax classification of the single-member owner. Do not check LLC if the LLC is classified as a single-member LLC that is disregarded from the owner unless the owner of the LLC is another LLC that is not disregarded from the owner for U.S. federal tax purposes. Otherwise, a single-member LLC that is disregarded from the owner should check the appropriate box for the tax classification of its owner.</p> <p> <input type="checkbox"/> Other (see instructions) ▶ _____ </p>	<p>4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3):</p> <p>Exempt payee code (if any) _____</p> <p>Exemption from FATCA reporting code (if any) _____</p> <p style="font-size: small;">(Applies to accounts maintained outside the U.S.)</p>
		<p>5 Address (number, street, and apt. or suite no.) See instructions.</p> <hr/> <p>6 City, state, and ZIP code</p> <hr/> <p>7 List account number(s) here (optional)</p>	<p>Requester's name and address (optional)</p> <hr/>

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN*, later.

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. Also see *What Name and Number To Give the Requester* for guidelines on whose number to enter.

Social security number								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					-	-		
-	-							
or								
Employer identification number								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						-		
	-							

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions for Part II, later.

Sign Here	Signature of U.S. person ▶	Date ▶
------------------	----------------------------	--------

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to www.irs.gov/FormW9.

Purpose of Form

An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) which may be your social security number (SSN), individual taxpayer identification number (ITIN), adoption taxpayer identification number (ATIN), or employer identification number (EIN), to report on an information return the amount paid to you, or other amount reportable on an information return. Examples of information returns include, but are not limited to, the following.

- Form 1099-INT (interest earned or paid)

- Form 1099-DIV (dividends, including those from stocks or mutual funds)
- Form 1099-MISC (various types of income, prizes, awards, or gross proceeds)
- Form 1099-B (stock or mutual fund sales and certain other transactions by brokers)
- Form 1099-S (proceeds from real estate transactions)
- Form 1099-K (merchant card and third party network transactions)
- Form 1098 (home mortgage interest), 1098-E (student loan interest), 1098-T (tuition)
- Form 1099-C (canceled debt)
- Form 1099-A (acquisition or abandonment of secured property)

Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN.

If you do not return Form W-9 to the requester with a TIN, you might be subject to backup withholding. See What is backup withholding, later.

CERTIFICACIÓN DE DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Instrucciones

La certificación se divide en tres (3) componentes:

1. Asistencia recibida del gobierno, el banco y cualquier otra asistencia de alquiler y/o servicios públicos recibida por o prevista para ser recibida por la familia/individuo
2. Adjuntos;
3. Firma(s)

Lea cada componente en su totalidad y proporcione la información precisa.

Parte 1. Gobierno, Banco y Otras Fuentes de Financiamiento Duplicación de Certificación de Beneficios

Esta certificación debe ser completada por todos los solicitantes que recibirán cualquier asistencia del Programa de Subsidio de Asistencia de Alquiler de Emergencia que ofrece el Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount. La información dentro de esta certificación proporcionará al Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount información vital para la evaluación continua de la duplicación de beneficios según lo requerido por la Sección 312 de la Ley Stafford, en su forma enmendada y la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica de Coronavirus.

Esta sección identifica cualquier fuente de fondos de alquiler y/o asistencia de servicios públicos que un solicitante haya recibido o anticipado recibir. Las fuentes de fondos incluyen, entre otros: programas de subvenciones federales, estatales y locales, préstamos subsidiados o donaciones o subvenciones sin fines de lucro. Indique a continuación la cantidad asignada de todas y cada una de las fuentes de financiación.

Fuente de Fondos #1

Nombre del proveedor de la subvención	
Propósito / Uso Específico	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo de Gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del Gobierno	
<input type="checkbox"/> Subvención sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Fuente de Fondos #2

Nombre del proveedor de la subvención	
Propósito / Uso Específico	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo de Gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del Gobierno	
<input type="checkbox"/> Subvención sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Fuente de Fondos #3

Nombre del proveedor de la subvención	
Propósito / Uso Específico	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo de Gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del Gobierno	
<input type="checkbox"/> Subvención sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Fuente de Fondos #4

Nombre del proveedor de la subvención	
Propósito / Uso Específico	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo de Gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del Gobierno	
<input type="checkbox"/> Subvención sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

== Seleccione si el solicitante no ha recibido ninguna otra asistencia ==

El solicitante no ha recibido ni está recibiendo ninguna otra forma de alquiler y/o asistencia de servicios públicos.

Parte 2. Anexos

Se adjuntan a esta certificación copias de lo siguiente:

1. Carta de premio por cualquier asistencia recibida de otros programas de alquiler y/o asistencia de servicios públicos o resumen del premio recibido, así como documentación del uso de fondos.

Parte 3. Firma(s)

Al ejecutar esta certificación, los solicitantes reconocen y entienden que el Título 18 de la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos: (1) hace que sea una violación de la ley federal que una persona a sabiendas y deliberadamente (a) falsifique, oculte o encubra un hecho material; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o utilizar cualquier escritura o documento falso sabiendo que contiene una declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.

Fechado con esto el _____ día de _____, 20__.

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

Firma del Co-Solicitante

Nombre del Co-Solicitante

ACUERDO DE SUBROGACIÓN

Este Acuerdo de Subrogación y Asignación ("Acuerdo") se realiza y se celebra en este día de _____, 20____, por y entre _____ ("Solicitante") y el Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount ("Otorgante").

Teniendo en cuenta la situación financiera del Solicitante o el compromiso de Otorgante de evaluar la solicitud del Solicitante de recibir fondos (colectivamente, el "Subsidio") bajo el Programa de Subvenciones de Asistencia de Alquiler de Emergencia de la Ciudad de Paramount (el "Programa") administrado por Otorgante, el Solicitante asigna a Otorgante todos los derechos futuros del Solicitante al reembolso y todos los pagos recibidos de cualquier subvención, préstamo subsidiado o asistencia bajo cualquier programa de alquiler y/o asistencia de servicios públicos que se determine a la sola discreción de Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount como una duplicación de beneficios ("DOB") según lo dispuesto en este Acuerdo.

Los ingresos o pagos a que se refiere el párrafo anterior, ya sean de una subvención federal o de cualquier otra fuente, y si tales cantidades son o no un DOB, se denominarán en el presente documento como "Ingresos", y cualquier Ingreso que sea un DOB se denominará aquí "Ingresos del DOB". Al recibir cualquier Ingreso no listado en la Certificación de Duplicación de Beneficios, el Solicitante se compromete a notificar inmediatamente al Otorgante de dichos montos adicionales. El Otorgante determinará a su entera discreción si tales montos adicionales constituyen un DOB. Si se determina que algunos o todos los Ingresos son un DOB, la parte que es un DOB se pagará al Otorgante.

La asistencia y cooperación del solicitante incluirá, entre otros, permitir que la demanda se presente en nombre(s) del Solicitante y proporcionar cualquier documentación adicional con respecto a dicho consentimiento, dando declaraciones, proporcionando documentos, produciendo registros y otras pruebas, testificando en el juicio, y cualquier otra forma de asistencia y cooperación razonablemente solicitada por el Otorgante. El solicitante se compromete además a ayudar y cooperar en la consecución y recopilación de cualquier ingreso del DOB que el solicitante tendría derecho a en virtud de cualquier programa de asistencia de vivienda aplicable.

Si el Otorgante lo solicita, el Solicitante se compromete a ejecutar los documentos e instrumentos adicionales y adicionales que se le soliciten para asignar más y mejor al Otorgante, en la medida de la Subvención pagada al Solicitante bajo el Programa, las Directivas, cualquier cantidad recibida bajo el Programa que sean Ganancias del DOB y/o cualquier derecho en virtud del mismo, y a tomar, o causar que se tome, todas las acciones y hacer, o hacer, todas las cosas solicitadas por el Otorgante para consumir y hacer efectivas las finalidades de este Acuerdo.

El Solicitante permite explícitamente al Otorgante solicitar a cualquier organización con la que el Solicitante haya solicitado o esté recibiendo *Ingresos*, cualquier información no pública o confidencial que el Otorgante determine que es razonablemente necesaria para monitorear/hacer cumplir su interés en los derechos que le sean asignados en virtud de este Acuerdo y dar el consentimiento del Solicitante a dicha empresa para divulgar dicha información al Otorgante.

El Solicitante declara que todas las declaraciones y representaciones hechas por el Solicitante con respecto a los Ingresos recibidos por el Solicitante serán verdaderas y correctas a partir de la fecha de Cierre.

AVISO: Se notifica al solicitante que ejecuta este Acuerdo que, intencionalmente o a sabiendas, hace una declaración escrita materialmente falsa o engañosa para obtener propiedad o crédito es una violación del Título 18 del Código de los Estados Unidos Sección 1001 y, dependiendo del monto de la Subvención, se castiga con una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados un delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.

El Solicitante que ejecuta este Acuerdo por el presente declara que ha recibido, leído y entendido este aviso de sanciones por hacer una declaración escrita materialmente falsa o engañosa para obtener la Subvención.

En cualquier procedimiento para hacer cumplir este Acuerdo, el Otorgante tendrá derecho a recuperar todos los costos de ejecución, incluidos los honorarios reales del abogado.

SOLICITANTE

Firma: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

CO-SOLICITANTE

Firma: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Otorgante:

Ayuntamiento de la Ciudad de Paramount

Firma: _____
Nombre: _____
Título: _____
Fecha: _____