



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA DEPARTAMENTO DE  
SERVICIOS HUMANOS

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ALQUILER DE EMERGENCIA

Fecha: \_\_\_\_\_

N.º de caso: \_\_\_\_\_

Responda completamente todas las preguntas de este formulario. Si la pregunta no aplica a su situación, escriba Ninguno. Escriba de forma clara en este formulario. No escriba en las áreas sombreadas de este formulario.

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

- Nombre: \_\_\_\_\_  

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera
----------	---------------	----------------	---------------------
- ¿Ha recibido Asistencia para Alquiler de Emergencia en los últimos 12 meses con este nombre u otro? \_\_\_\_\_  
 Si utilizó otro nombre, ¿cuál fue? \_\_\_\_\_
- Dirección actual: Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
- N.º de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_
- Proporcione la siguiente información sobre usted y todos los integrantes de la familia, incluidos aquellos que estén temporalmente lejos. No mencione personas que no estén relacionadas con su familia. Mencione a las personas que no tienen relación, pero viven con usted en la pregunta N.º 16

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Número de Seguro Social	Empleador	Ingreso mensual neto del empleo
		YO			\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
				<b>Total</b>	\$

Nota: Adjunte una hoja aparte para los nombres adicionales.

- Dirección de su empleador: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_
- ¿Ha abandonado o se ha negado a aceptar un empleo o una capacitación de forma voluntaria en los últimos 3 meses? \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es "sí", ¿por qué? \_\_\_\_\_
- ¿Podemos contactar a sus empleadores para verificar su información de empleo? \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es "no", ¿por qué? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna de las personas que mencionó antes tiene una discapacidad? En caso afirmativo, indique sus nombres aquí.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ASISTENCIA

10. A Marque el tipo de asistencia de alquiler que necesita y especifique el monto que necesita.

Alquiler atrasado vencido	<input type="checkbox"/>	Tamaño de la habitación _____	Monto _____
Depósito de garantía	<input type="checkbox"/>	Tamaño de la habitación _____	Monto _____
Primer mes de alquiler.	<input type="checkbox"/>		Monto _____
			Total _____

B. Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la empresa/agencia que necesita el pago

Nombre de la empresa	Dirección de la empresa
Nombre de la empresa	N.º de teléfono de la empresa

11. Explique brevemente por qué solicita esta asistencia y por qué no puede pagar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Hay alguna persona que no tenga relación con usted y que comparta o compartirá la responsabilidad del alquiler o el depósito de garantía? Sí  No

En caso afirmativo, especifique la persona o las personas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

13. ¿Usted o alguno de los integrantes de su familia mencionados en el punto N.º 5 recibe ingresos de las siguientes fuentes?

En caso afirmativo, especifique el monto mensual total para toda la familia.

Tipo de ingresos	Sí	No	Monto mensual	Tipo de ingresos	Sí	No	Monto mensual
TANF/GC			\$	Pensión del gobierno			\$
IDA			\$	Pensión privada			\$
SSI			\$	Beneficios por huelga			\$
N.º de Seguro Social			\$	Manutención infantil/Pensión alimenticia			\$
Beneficios de veteranos			\$	Asignación militar			\$
Seguro de desempleo			\$	Préstamos, donativos en efectivo			\$
Compensación de trabajadores			\$	Contribuciones de otros			\$
Subsidio de adopción			\$	Cobertura del seguro			\$
Beneficios por discapacidad			\$	Otros, como ganancias de lotería			\$
Jubilación de empleados ferroviarios			\$	<b>TOTAL</b>			\$

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

14. ¿Su grupo familiar recibe Cupones de Alimentos? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique el monto mensual \$ \_\_\_\_\_
15. ¿Ha recibido algún pago único de asistencia durante los últimos 90 días? Sí  No  En caso afirmativo, especifique la cantidad de dinero restante. \$ \_\_\_\_\_
16. ¿Vive con usted alguna persona con quien no tenga relación? Sí  No  En caso afirmativo, mencione sus nombres y registre el monto que pagan por el alquiler o las comidas.

Nombre	Monto mensual pagado por alquiler de habitación	Monto mensual pagado por comidas
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$	\$

Nota: Adjunte una hoja aparte para los nombres adicionales.

17. ¿Han cambiado sus ingresos en los últimos 30 días? Sí  No  En caso afirmativo, ¿cómo? \_\_\_\_\_
18. ¿Ha descrito todos los ingresos mensuales de su grupo familiar en las preguntas anteriores? \_\_\_\_\_  
De no ser así, ¿de qué otras fuentes recibe ingresos? \_\_\_\_\_
19. ¿Cuál es el monto mensual que recibe de estas fuentes? \$ \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE RECURSOS

20. ¿Tiene usted o alguno de los integrantes de su grupo familiar mencionados en el punto N.º 5 algún otro recurso? \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es "sí", especifique a continuación: Indique el monto total para todo el grupo familiar.

Tipo de recurso	Monto	Ubicación/Descripción	N.º de cuenta o póliza
Cuenta(s) de ahorros /Cuenta de depósito en garantía	\$		
Cuenta de la cooperativa de crédito/Cuenta corriente	\$		
Distribuciones de la Cuenta de Jubilación Individual (IRA, en inglés) o pensiones	\$		
Acciones/Bonos/Certificados de depósito	\$		
Pólizas de seguro (valor en efectivo)	\$		
Propiedad distinta del hogar habitado por el propietario	\$		
Barco, casa rodante, vehículo recreativo	\$		
Otro	\$		
<b>TOTAL</b>	\$		

21. ¿Ha convertido a efectivo algún recurso en los últimos 30 días? Yes  No  En caso afirmativo, explique.  
\_\_\_\_\_
22. ¿Ha vendido, transferido o intercambiado algún recurso en los últimos 12 meses? Sí  No  En caso afirmativo, mencione el recurso, su valor y explique. \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE GASTOS

23. ¿Cuáles serán los gastos de su familia en los próximos 30 días? (No especifique los gastos que alguien paga por usted).

Tipo de gasto	Monto	Tipo de gasto	Monto	Tipo de gasto	Monto	Tipo de gasto	Monto
Alquiler/Hipoteca	\$	Elementos del grupo familiar	\$	Matrícula escolar	\$	Pagaré de automóvil	\$
Empresa de gas	\$	Cuidado infantil	\$	Artículos escolares	\$	Reparación de automóvil	\$
Gasolina para calefacción	\$	Ropa*	\$	Médico/Dentista	\$	Pensión alimenticia	\$
Electricidad	\$	Cuentas de crédito (Pagos mínimos)	\$	Medicina	\$	Manutención infantil voluntaria	\$
Agua	\$	Muebles*	\$	Seguros	\$	Manutención infantil ordenada por un tribunal	\$
Teléfono	\$	Lavandería y limpieza en seco	\$	Préstamos (reembolso requerido)	\$	Otro	\$
Alimento (gastos en efectivo)	\$	Transporte público	\$	Combustible (para automóvil)	\$	<b>TOTAL</b>	\$

\*No duplicar si las compras ya están reflejadas en Cuentas de crédito.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

24. ¿Ha intentado pedir prestado el dinero que necesita a una cooperativa de crédito, empresa de préstamos, línea de crédito con una empresa de tarjetas de crédito, banco u otra fuente? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "no", ¿por qué? \_\_\_\_\_

25. ¿Ha pedido ayuda para el alquiler a organizaciones comunitarias, como organizaciones benéficas privadas o iglesias?

Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la respuesta? \_\_\_\_\_

26. Describa brevemente el resultado de sus esfuerzos para pedir prestado el dinero: \_\_\_\_\_

27. ¿Tiene amigos o familiares que puedan ayudar? \_\_\_\_\_ Sí  No  En caso afirmativo, ¿cómo? \_\_\_\_\_

28. ¿Espera algún cambio en su grupo familiar durante los próximos 30 días? Sí  No  En caso afirmativo, explique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### FIRMAS

Bajo pena de perjurio declaro que toda la información en esta solicitud es verdadera. Acepto cooperar con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) utilizando mis propios recursos para satisfacer mi necesidad en la mayor medida posible. Acepto presentar todos los documentos de verificación solicitados o autorizar al Departamento a obtenerlos. Por la presente autorizo al DHS a entrevistar a todos los demás integrantes adultos de mi grupo familiar en relación con esta solicitud. Autorizo, además, al DHS a ponerse en contacto con cualquier tercero, según sea necesario, en relación con esta solicitud.

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

Firma del cónyuge/co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del trabajador del caso a la fecha de la solicitud completa

Firma del trabajador del caso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_