

## **Reglas del programa de asistencia para alquiler de emergencia**

La ciudad de Watsonville administra el Programa de asistencia de alquiler de emergencia (ERAP). Este programa está diseñado para ayudar a los inquilinos de Watsonville de bajos ingresos afectados por la crisis económica de COVID-19.

La asistencia de vivienda de emergencia se pagará directamente al propietario en nombre del individuo o la familia.

### **Elegibilidad:**

1. Ser residente de Watsonville de bajos ingresos.
2. La unidad de vivienda de alquiler debe estar ubicada dentro de los límites de la ciudad de Watsonville.
3. Haber perdido el trabajo o tener reducción de ingresos debido a COVID-19.

Se dará prioridad a los inquilinos que no puedan pagar el alquiler en su totalidad debido a uno o más de los siguientes:

- (a) El inquilino estaba enfermo con COVID-19 o cuidaba a un miembro del hogar o de la familia que está enfermo con COVID-19;
- (b) El inquilino experimentó un despido, pérdida de horas u otra reducción de ingresos como resultado de COVID-19 o el estado de emergencia;
- (c) El cumplimiento por parte del inquilino de una recomendación de una agencia gubernamental de quedarse en casa, ponerse en cuarentena o evitar reunirse con otros durante el estado de emergencia; o
- (d) La necesidad del inquilino de faltar al trabajo para cuidar a un niño de edad escolar confinado en el hogar.
- (e) La necesidad del inquilino de faltar al trabajo para cuidar a un miembro de la familia que se considera de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19.

### **Solicitud:**

Las solicitudes se procesarán en el orden en que se reciban y se financiarán según el orden de llegada, hasta que se agoten los fondos.

### **Documentación necesaria con la solicitud:**

- Documentación de que ha experimentado pérdida o reducción de ingresos (talones de pago recientes/pasados, verificación de desempleo, carta del empleador, etc.) a causa de COVID-19.
- Copias de facturas de servicios públicos y/o comprobante de residencia (gas, agua, electricidad, facturas de teléfono celular, estado de cuenta, etc.)
- Copia de su contrato de arrendamiento o alquiler.
- Copia de la licencia de conducir o identificación de California del solicitante.
- Documentación de todos los ingresos del hogar.

## LISTA DE VERIFICACIÓN

**A. Solicitud completa**

**B. Documentación necesaria con la solicitud:**

- Documentación que usted ha sufrido pérdida o reducción de ingresos a causa de COVID-19 (talones de pago recientes/pasados, carta del desempleo, carta del empleador, etc.)
- Comprobante de residencia y/o copias de facturas de servicios públicos (gas, agua, electricidad, facturas de teléfonos celulares, estados de cuentas bancarias, etc.)
- Copia de su contrato de renta o alquiler actual
- Copia de la licencia de conducir o identificación de California del solicitante
- Forma W-9 (completada por el propietario)

---

Envíe la solicitud completa y la documentación requerida a:

Por internet: [housing@cityofwatsonville.org](mailto:housing@cityofwatsonville.org)

Por correo o en persona: City of Watsonville

Community Development Dept.  
250 Main Street  
Watsonville, CA 95076  
Attn: Housing Program – ERAP

Para más información o preguntas, llame a nuestra oficina al (831) 768-3080.



# City of Watsonville

"A Community of Opportunities"

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE RENTA (ERAP) FINANCIADO POR EL PROGRAMA COVID-19 DE SUBVENCIONES EN BLOQUE DE DESARROLLO COMUNITARIO (CDBG-CV)

I. Información del Solicitante	
Nombre:	Número de Teléfono de casa:
Correo electrónico:	Número de teléfono celular:
Dirección actual (calle, apartamento):	Dirección por correo (si es diferente a la dirección de su casa):

II. Elegibilidad/Dificultad Económica
<p><i>El programa de asistencia temporal de renta (ERAP) de la ciudad de Watsonville está limitado a inquilinos de bajos ingresos que están pasando por dificultades financieras debido a la crisis económica COVID-19, ya que está financiado por el programa CDBG-CV.</i></p> <p><i>Si el solicitante ha experimentado dificultades financieras como resultado de la pandemia COVID-19, el solicitante debe describir cómo ha cambiado la situación financiera de la familia. Describa si la familia ha perdido empleo o ha experimentado ingresos reducidos, identifique las fechas en las que ocurrieron estos incidentes e indique si se espera que estas pérdidas sean temporales o permanentes. Además, se requerirá documentación que respalde este impacto con esta solicitud.</i></p> <p><b>Describa las dificultades financieras:</b></p>          <p>¿Está la familia recibiendo actualmente algún tipo de asistencia de renta (ej., Sección 8, asistencia de renta estatal/local, asistencia privada, como una organización sin fines de lucro, iglesia, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> – Sí      <input type="checkbox"/> – No</p> <p><b>DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS</b> – ¿Ha recibido, o sabe que es elegible para recibir de otra fuente, alguna asistencia financiera para los costos enumerados anteriormente, y el monto total recibido excedería la necesidad total de estos costos?</p> <p><input type="checkbox"/> – Sí      <input type="checkbox"/> – No</p> <p><i>Si recibe asistencia para la renta, describa:</i></p>          

Nombre u organización	Nombre de la persona de contacto de la organización	Número de teléfono y correo electrónico del contacto	Monto otorgado	Propósito de los fondos (indique todos los usos si son múltiples)	Fecha de adjudicación de los fondos
Housing is Key <b>(ejemplo)</b>	Ms. Jones	(560) 555-5555 <a href="mailto:Mjones@gmail.com">Mjones@gmail.com</a>	\$1,000	Renta para el mes de marzo y abril	1-6-2020

**III. Información del hogar** *Si hay más de 6 miembros de la familia, agregue hojas adicionales para las secciones III a VI.*

Nombre Enumere a <b>todos</b> los miembros del hogar, incluido usted mismo	Edad	Relación con el jefe de familia (cónyuge, hijo, etc.)	*Estudiante		Ingresos brutos anuales (antes de impuestos)	Fuente de ingresos
			Sí/No	Tiempo completo /Parcial		
		Jefe/a de hogar			\$	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	

**IV. Ingreso Familiar**

*Circule el número de miembros del hogar, incluyendo a usted mismo/a:*

1	2	3	4	5	6	7	8+
\$78,050	\$89,200	\$100,350	\$111,500	\$120,450	\$129,350	\$138,300	\$147,200
¿Es su ingreso familiar total <b>anticipado</b> más <b>BAJO</b> o <b>ALTO</b> que la cantidad de \$ que se indica directamente debajo del número de personas encerrado en un círculo arriba?						<b>Más bajo</b>	<b>Más alto</b>
Si es más <b>BAJO</b> , adjunte un comprobante de los ingresos anuales del hogar (como la última declaración de impuestos, talones de pago recientes, declaración de desempleo, carta del empleador, etc. con esta solicitud).						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Contrato de renta o alquiler actual e información del propietario	
Nombre del propietario:	Fecha en que expira el contrato (mes/día/año):
Nombre de compañía de administración (si aplica):	Cantidad de renta por mes: \$
Teléfono:	Cantidad de renta atrasada: \$
➤ <b>Envíe una copia del contrato de renta con esta solicitud.</b>	

VI. Servicios Públicos				
<i>Indique que servicios públicos se utilizan en casa. Si el servicio está incluido en el alquiler en virtud del contrato de arrendamiento, marque "propietario". Si el servicio es pagado directamente por el inquilino, marque "inquilino".</i>				
	<b>Propietario</b>	<b>Inquilino</b>	<b>Cantidad mensual</b>	<b>Nombre de proveedor de servicio publico</b>
Electricidad/Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Agua/Basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

VII. Etnia/Raza			
<b>Etnia</b> indique el número de los miembros de hogar que sean:	# ___ No Hispano	# ___ Hispano	
<b>Raza</b> indique el número de los miembros de hogar que sean:			
Blanco	# ___	Asiático	# ___
Negro o afroamericano	# ___	Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	# ___
Indio americano o nativo de Alaska	# ___	Asiático y blanco	# ___
Indio americano/ nativo de Alaska y blanco	# ___	Negro/afroamericano y blanco	# ___
Indio americano/ nativo de Alaska y negro	# ___	Otro/multirracial	# ___

VIII. Declaración y firma del solicitante
<p>Actualmente no puedo pagar mi renta u otras obligaciones financieras bajo el contrato de arrendamiento en su totalidad debido a uno o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de ingresos causada por la pandemia COVID-19.</li> <li>2. Aumento de gastos directamente relacionados con el desempeño de trabajos esenciales durante la pandemia COVID-19.</li> <li>3. Aumento de gastos directamente relacionados con los impactos de la salud de la pandemia COVID-19.</li> <li>4. Responsabilidades de cuidado de niños para cuidar a un familiar anciano, discapacitado o enfermo directamente relacionado con la pandemia COVID-19 que limitan mi capacidad de generar ingresos.</li> <li>5. Aumento de costos de cuidado de niños o de atención a un familiar anciano, discapacitado o enfermo directamente relacionado con la pandemia COVID-19.</li> <li>6. Otras circunstancias relacionadas con la pandemia COVID-19 que han reducido mis ingresos o aumentado mis gastos</li> </ol> <p>Cualquier asistencia pública, incluyendo seguro de desempleo, asistencia de desempleo pandémico, seguro estatal de discapacidad (SDI) o licencia familiar pagada, que he recibido desde el inicio de la pandemia COVID-19 no compensa completamente mi pérdida de ingresos y / o aumento de los gastos.</p> <p>Firmado bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California.</p>

**Certificación del solicitante:** *Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Soy consciente de que existen sanciones por proporcionar información falsa de forma intencionada y consciente de ello. Autorizo la verificación por parte de representantes de la ciudad y proporcionaré documentación adicional como sea solicitado.*

_____ Firma del jefe de familia	Escriba su nombre en letra de molde	Fecha (mes/día/año)
_____ Firma de otro miembro adulto de familia	Escriba su nombre en letra de molde	Fecha (mes/día/año)
_____ Firma de otro miembro adulto de familia	Escriba su nombre en letra de molde	Fecha (mes/día/año)
_____ Firma de otro miembro adulto de familia	Escriba su nombre en letra de molde	Fecha (mes/día/año)
_____ Firma de otro miembro adulto de familia	Escriba su nombre en letra de molde	Fecha (mes/día/año)

Para información, recursos, o apoyo visite: <https://cityofwatsonville.org/165/Housing> o llame al (831) 768-3080