



**Condado de Queen Anne**  
**División de Vivienda y Servicios Comunitarios**

104 Powell Street  
Centreville, MD 21617

Teléfono: (410) 758-3977  
Fax: (410) 758-4499  
Correo electrónico: [DHCS@qac.org](mailto:DHCS@qac.org)



**Solicitud del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia**

**Sección 1: Información del solicitante**

Tipo de solicitante:   Arrendador/Administrador de la Propiedad solicitando en nombre del inquilino

Nombre del solicitante:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono de casa:

Teléfono de trabajo:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Motivo de la solicitud  
(marque todos los que correspondan)

- Necesita ayuda para pagar el alquiler atrasado
- Necesita ayuda para pagar el alquiler para los meses actuales o futuros
- Necesita ayuda para pagar la factura de servicios públicos atrasados o volver a activarlos
- Necesita ayuda para pagar los servicios públicos para los meses actuales o futuros
- Necesidad de reubicarse en una nueva unidad debido a la orden de desalojo o condiciones inseguras, insalubres o sobrepobladas (más de 2 personas por dormitorio)
- Mudarse de un refugio para personas sin hogar, motel/hotel, o de un lugar sin hogar y en una vivienda de alquiler
- Necesita asesoramiento legal

¿Necesita servicios de interpretación o traducción de idiomas?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma necesita que se traduzcan las comunicaciones y/o formularios?

¿Necesita adaptaciones razonables para una discapacidad?  Sí  No

En caso afirmativo, enumere las adaptaciones necesarias aquí:

## Sección 2: Unidad de alquiler

Tipo de propiedad: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa móvil/Autocaravana <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de la propiedad de alquiler (si es aplicable):	
Dirección de la calle de la unidad de alquiler:	
Unidad de alquiler, Ciudad, Estado, Código Postal:	
Condado de la unidad de alquiler:	Alquiler mensual:
Fecha de inicio del contrato de arrendamiento:	Fecha de finalización del contrato de arrendamiento:
¿La familia vive en una vivienda de renta con opción a compra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La familia actualmente vive en viviendas basadas en ingresos o recibe asistencia con el pago de alquiler cada mes? <i>Ejemplos: Vivienda pública, Vale de elección de vivienda (Sección 8), Continuidad de la atención Vivienda de apoyo permanente, Reajustamiento rápido, Asistencia de alquiler basada en proyectos, LIHTC</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
En caso afirmativo, ¿ha solicitado el hogar una recertificación de ingresos debido a la pérdida de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Sección 3: Información del propietario y de la empresa de servicios públicos

*Nota: La información de esta sección se utilizará para pagos directamente a propietarios/empresas de servicios públicos. Si el inquilino es el solicitante y no puede proporcionar información del arrendador, el programa puede hacer un seguimiento con el arrendador directamente para obtener documentación adicional. El arrendador debe firmar la última página de la solicitud y proporcionar una copia de su formulario W-9 como condición para aceptar el pago.*

Nombre del propietario/arrendador:	
Dirección postal:	
Ciudad, Estado, Código postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:
Teléfono celular:	Correo electrónico:
¿Ha comenzado el arrendador a presentar un caso de desalojo o falta de pago de alquiler ante la corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique y proporcione la fecha de la audiencia programada:	
Nombre de la empresa de servicios públicos:	
¿Cómo se facturan actualmente los servicios públicos? <input type="checkbox"/> Al inquilino directamente <input type="checkbox"/> Al arrendador-los servicios públicos son parte del alquiler del inquilino	

## Sección 4: Información del inquilino

### Jefe de familia

Nombre del jefe hogar:

Dirección postal:

Ciudad, Estado, Código postal:

Teléfono de casa:

Teléfono de trabajo:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Género  
(marque uno)

Femenino

No sé

Masculino

Negarse a responder

Género inconforme

Raza  
(marque uno)

Negro/Afroamericano

Blanco

Asiático

Indio americano/nativo de Alaska

Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico

No sé

Negarse a responder

Origen étnico  
(marque uno)

Hispano/Latino

No sé

No hispano/no latino

Negarse a responder

Otro  
(marque todo lo que  
corresponda)

Anciano (mayor de 62 años)

Veterano

Discapacitado

Joven (menor de 25 años)

Actualmente sin hogar

Nombre del miembro del hogar	Relación con el jefe de familia	Fecha de nacimiento
1.	Jefe de la familia	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Número total de personas en el hogar:

¿Hay algún adulto en el hogar actualmente desempleado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo lleva desempleada la persona?

## Sección 5: Ingresos del inquilino y dificultades financieras

Enumere los ingresos actuales (últimos 30 días) de todas las personas en el hogar mayores de 18 años que no son estudiantes universitarios de tiempo completo. Los ingresos incluyen salarios, salarios y propinas, pensión alimenticia, manutención de niños, ingresos militares, Seguro Social, pensiones y otros beneficios gubernamentales, incluyendo los pagos de desempleo.

Miembro del hogar	Fuente de ingresos (incluyendo el nombre del empleador)	Cantidad	Frecuencia (por hora, semanal, mensual, etc.)

**¿Alguien en el hogar actualmente recibe beneficios o servicios de uno de los siguientes programas? Si es así, marque qué programas aplican:**

- Programa de Head Start
- Programa de Asistencia de Energía para El Hogar de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas) o el Programa de Asistencia Energética de Maryland (MEAP)
- Programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP)
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), para jefe o co-jefe de familia.
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o TANF Tribal, para jefe o co-jefe de familia
- Pensión por discapacidad de asuntos de veteranos, pensión para sobrevivientes, beneficios mejorados para sobrevivientes o pensión por discapacidad de la Sección 306 (no pensión estándar del VA)
- Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) para hogares con tres de menos miembros
- Otro programa basado en ingresos:

*Nota: Adjunte su carta de determinación más reciente aprobando su inscripción/elegibilidad para beneficios para uno de los programas. Esto se puede usar para verificar su elegibilidad de ingresos para ERAP.*

¿Algún adulto en el hogar ha tenido una pérdida de ingresos o una reducción de las horas de trabajo desde marzo de 2020?

Si es así, describa los cambios en los ingresos:

¿Ha tenido el hogar alguna dificultad financiera o aumento de los costos relacionados (directa o indirectamente) con COVID19?

Si es así, describa las dificultades aquí:

¿Ha recibido fondos para ser utilizados para la asistencia de alquiler desde marzo de 2020?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿De quién? ¿Cuánto?

## Sección 5: Solicitud de asistencia

Complete la siguiente tabla con los costos de alquiler y servicios públicos de cada mes para los que está solicitando ayuda. Puede solicitar asistencia hasta para 12 meses de atrasos (deuda) y hasta 3 meses de asistencia prospectiva en cada columna. Las cantidades deben documentarse con una factura, factura o aviso para pagar.

Mes	Asistencia de alquiler	Asistencia de servicios públicos	Otros costos relacionados con la vivienda*
Marzo-Diciembre de 2020			
Enero de 2021			
Febrero de 2021			
Marzo de 2021			
Abril de 2021			
Mayo 2021			
Junio 2021			
Julio 2021			
Agosto 2021			
Septiembre 2021			
Octubre 2021			
Noviembre 2021			
Diciembre 2021			
Enero de 2022			
Febrero de 2022			
Marzo de 2022			
Abril de 2022			
Mayo 2022			
Junio 2022			
Julio 2022			
Agosto 2022			
Septiembre 2022			
Octubre 2022			
Noviembre 2022			
Diciembre 2022			
<b>Solicitud total</b>			

**\*Otros costos relacionados con la vivienda pueden incluir gastos relacionados con la reubicación o asegurar una nueva unidad de alquiler:**

- Cargos por retraso acumulados razonables (si no se incluyen en atrasos de alquiler o facturas de servicios públicos)
- Solicitud de unidad de alquiler o gastos de proyección
- Depósito de seguridad – hasta dos meses de alquiler
- Tarifas/depósitos de conexión de servicios públicos para establecer un nuevo servicio de servicios públicos
- Tarifas de saneamiento/limpieza de unidades de alquiler
- Tarifas de unidad de almacenamiento – hasta un mes
- Tarifas/depósitos de conexión a Internet para establecer un nuevo servicio de Internet desagregado (solo los hogares que actualmente no tienen servicio de Internet)
- Otros costos de vivienda pueden considerarse con la aprobación previa de DHCD

# Formulario de Autocertificación del Inquilino de ERAP

La información proporcionada en la solicitud y este formulario de autocertificación se recopila para determinar si mi hogar es elegible para recibir asistencia proporcionada a través del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia Financiado por el gobierno federal. Inicial junto a cada una de las siguientes instrucciones.

---

## Exactitud

Certifico que toda la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información o declaraciones falsas es motivo de terminación de la asistencia y es castigado bajo la ley federal.

---

## DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que mi hogar no ha recibido ni recibirá asistencia de otro programa por los mismos costos que pagará ERAP.

---

## INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Entiendo que mi información será compartida con el condado en el que resido, el estado de Maryland y el Tesoro de los Estados Unidos.

---

## INGRESOS Y TAMAÑO DEL HOGAR

Certifico que mis fuentes de ingresos y montos enumerados en la solicitud reflejan con precisión los ingresos que mi hogar recibió en los últimos 30 días. Esto incluye si no tengo ingresos o ingresos reportables del autoempleo.

**Enumere cualquier documentación de ingresos que no pueda proporcionar y por qué:**

---

## DIFICULTADES FINANCIERAS

Certifico que yo u otro adulto en mi hogar (marque todo lo que corresponda):

- Califica para beneficios de desempleo
- Ha tenido una pérdida de ingresos, aumento de gastos u otras dificultades financieras relacionadas directa o indirectamente con COVID19

---

## USO DEL PAGO

Certifico que cualquier pago de fondos ERAP hechos directamente a mí con el propósito de pagar alquiler o servicios públicos debe ser utilizado para el propósito previsto.

### Certificación de inquilinos

Nombre del  
inquilino

firma

fecha

**Nota:** Las firmas digitales o mecanografiadas son aceptables. En ningún momento un arrendador puede firmar el formulario de autocertificación del inquilino.

## Formulario de certificación de propietarios de ERAP

Como propietario de esta unidad de alquiler y hogar, yo:  Acepto participar en el programa  
 Rechazo participar en el programa

Los propietarios que acepten participar en el programa y reciban el pago directamente de ERAP están obligados a cumplir con los siguientes términos y condiciones. Inicial junto a cada instrucción:

---

### EXACTITUD

Certifico que toda la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información o declaraciones falsas es motivo de terminación de la asistencia y es castigada bajo la ley federal.

---

### EXENCIÓN DE PAGO

Estoy de acuerdo en renunciar a todos los cargos por mora, intereses, honorarios judiciales u otros cargos no incluidos en el alquiler mensual acumulado por el inquilino.

---

### SOLICITUDES DE DESALOJO EXISTENTES

Acepto cancelar/rescindir todas las presentaciones de desalojo actualmente pendientes contra este inquilino.

---

### NUEVAS SOLICITUDES DE DESALOJO

Acepto no presentar nuevos casos de desalojo mientras dure la posible asistencia de alquiler que se proporcione a través de ERAP, o un período mínimo de 30 días, lo que sea más largo.

---

### RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO

Acepto extender el contrato de arrendamiento del inquilino o renovar el contrato de arrendamiento si tiene o está programado para expirar antes del final de la asistencia de alquiler que se proporciona, pero por un período no inferior a 90 días.

---

### USO DEL PAGO

Certifico que cualquier pago de fondos ERAP hechos directamente a mí con el propósito de pagar el alquiler en nombre del hogar sólo se utilizará para el propósito previsto.

### Certificación de propietario

Nombre del  
propietario

firma

fecha

Nota: El arrendador debe adjuntar un formulario W-9 completado y una solicitud de proveedor de QAC a la solicitud