



831 Walnut St.
Reading, PA 19601
(610)372-7222
Fax:(610)3722-7223

DEBE LEER ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

La elegibilidad para ERAP no se puede determinar hasta que se haya entregado toda la información sobre la solicitud y todos los documentos correctos. Una solicitud que es aceptada por el equipo de ERAP no garantiza que el inquilino / solicitante recibirá asistencia.

No puede entregar su solicitud sin los siguientes documentos:

- Contrato de arrendamiento completo y debe incluir: monto del alquiler, que los servicios públicos son pagados por el inquilino / propietario, firmado por el propietario / inquilino, contrato de arrendamiento actualizado o estado de cuenta mes a mes.**
- Identificación con foto válida y no se puede expirar.**
- Verificación de ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años (recibos de pago, salarios, SSI 2022, SSI, carta de adjudicación de SSDI, declaración de impuestos 2020/2021 1040, desempleo) durante los últimos 30 días.**
- Factura de servicios públicos completa y más reciente.**

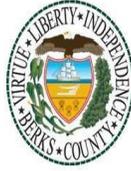
Debe entregar la solicitud completa de su arrendador y/o el número de identificación del caso con el historial de pagos de alquiler.

Debe informar al equipo de ERAP de cualquier cambio en su solicitud dentro de los 30 días, esto incluye, entre otros; Aumentos de alquiler, cambios de dirección, cambios de propietario o administradores de propiedades, números de teléfono y direcciones de correo electrónico.

Para programar una cita, llame al 484-339-0341 o envíenos un correo electrónico a ERAPappointments@bceh.org



831 Walnut Street
 Reading PA 19601
 Phone: 610-372-7222



Berks County Services Center Building
 3rd floor 633 Court street
 Reading PA 19601
 Phone: 610-372-7222

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA
 DEL CONDADO DE BERKS (ERAP)

Criterios de elegibilidad para inquilinos:

1. Identificación con fotografía válida para el inquilino que solicita.
2. Debe ser residente del condado de Berks y vivir en una propiedad de alquiler ubicada en el condado de Berks.
3. Proporcionar un “contrato de arrendamiento” o un “contrato de alquiler de habitación” totalmente ejecutado donde el contrato de arrendamiento / alquiler de habitación tenga el nombre del inquilino solicitante y la persona responsable de pagar el alquiler mensual.
4. Solo se permite una solicitud por dirección de propiedad residencial.
5. Proporcionar la prueba de ingresos de 30 días para todos los miembros adultos del hogar, si tienen alguno.
6. Todos los solicitantes de inquilinos deberán comunicarse con su (s) propietario (s) y / o compañía de administración de propiedad para obtener su apoyo para participar, completar la "Solicitud de propietario" en línea y enviar toda la documentación requerida para el Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia del Condado de Berks.
7. El ingreso familiar anual proyectado debe estar por debajo de los siguientes límites de ingresos por tamaño de hogar*:

Tamaño de Hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos 80%	\$46,050	\$52,600	\$59,200	\$65,750	\$71,050	\$76,300	\$81,550	\$86,800

Nota: Los fondos pueden ser aprobados para los solicitantes de inquilinos por hasta doce (12) meses de alquiler y asistencia de servicios públicos combinados, y los pagos se realizarán directamente a los propietarios /o compañías de servicios públicos en nombre del solicitante(s) de inquilinos. Si un cliente es elegible para recibir pagos futuros, se debe completar una re-aplicación cada 3 meses cuando se le indique.

Información del Solicitante

Por favor provea la siguiente información. El inquilino / solicitante debe estar en el "contrato de arrendamiento" o "contrato de alquiler de la habitación".

(Escriba en letra de molde legible)

1. Primer Nombre del Solicitante: _____

Segundo Nombre del Solicitante: _____

Apellido del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Año _____

2. Dirección: _____ # Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: PA Código Postal: _____

3. Número de Teléfono durante el día: (_____) - _____ - _____

4. Correo Electrónico: _____

Información Demográfica

Raza: (Por favor marque una)

____ Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico

____ Nativo Americano

____ Blanco

____ Asiático

____ Negro or Afro- Americano

____ Negarse a contestar

Etnicidad: (Por favor marque una)

____ Hispano

____ No- Hispano

____ Negarse a contestar

Género: (Por favor marque una)

____ Hombre

____ Mujer

____ Transgénero (hombre a mujer)

____ Transgénero (mujer a hombre)

____ Otro

____ Negarse a Contestar

Si está actualmente empleado, complete:

Empleador: _____

Fecha de inicio: _____ # Telefónico de Trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

¿Tiene actualmente ingresos de alguna fuente? (Por favor marque una)

_____ SI _____ NO

¿Ha sido aprobado para recibir beneficios de compensación por desempleo? (Desde April 2020 hasta la actualidad)? (Por favor marque una)

_____ SI _____ NO

En caso de afirmativo, ¿durante cuánto tiempo ha estado recibiendo la compensación por desempleo? (Por favor marque una)

_____ 1-89 días _____ 90 días o más

En caso afirmativo, ¿Cuánto es el monto de su beneficio semanal de Pensilvania?
\$ _____

Recibe alguno de los siguientes: (Marque todo lo que corresponda)

_____ Ingresos de Seguro Social 2022 Monto por mes \$ _____

_____ Ingresos por Discapacidad del SS 2022 Monto por mes \$ _____

_____ Jubilación/ Pensión 2022 Monto por mes \$ _____

¿Actualmente recibe algún pago por trabajo/empleo? (Como cualquiera de los siguientes: Uber, Lyft, Door Dash, Insta Cart, Comprador personal, trabajo de la hostelería, trabajo de salón, etc.)

(Por favor marque una) _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, ¿aproximadamente cuanto por semana? \$ _____

Miembro Adulto Adicional del Hogar

(mayores de 18 años a la fecha de la solicitud)

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Si está actualmente empleado, complete:

Empleador : _____

Fecha de inicio: _____ # Telefónico de Trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

¿Tiene actualmente ingresos de alguna fuente? (Por favor marque una)

_____ SI _____ NO

¿Ha sido aprobado para recibir beneficios de compensación por desempleo? (Desde April 2020 hasta la actualidad)? (Por favor marque una)

_____ SI _____ NO

En caso de afirmativo, ¿durante cuánto tiempo ha estado recibiendo la compensación por desempleo? (Por favor marque una) _____ 1-89 días _____ 90 días o más

En caso afirmativo, ¿Cuánto es el monto de su beneficio semanal de Pensilvania?

\$ _____

Recibe alguno de los siguientes: **(Marque todo lo que corresponda)**

_____ Ingresos de Seguro Social 2022 Monto por mes \$ _____

_____ Ingresos por Discapacidad del SS 2022 Monto por mes \$ _____

_____ Jubilación/ Pensión 2022 Monto por mes \$ _____

¿Actualmente recibe algún pago por trabajo/empleo? (Como cualquiera de los siguientes: Uber, Lyft, Door Dash, Insta Cart, Comprador personal, trabajo de la hostelería, trabajo de salón, etc. (Por favor marque una) _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, ¿aproximadamente cuanto por semana? \$ _____

Información Demográfica

Raza: (Por favor marque una) **Etnicidad:** (Por favor marque una) **Género:** (Por favor marque una)

<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> No- Hispano	<input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negarse a contestar	<input type="checkbox"/> Transgenero(hombre a mujer)
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Transgenero(mujer a hombre)
<input type="checkbox"/> Negro or Afro- Americano		<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Negarse a contestar		<input type="checkbox"/> Negarse a Contestar

Miembro Adulto Adicional del Hogar

(mayores de 18 años a la fecha de la solicitud)

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Si está actualmente empleado, complete:

Empleador : _____

Fecha de inicio: _____ # Telefónico de Trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

¿Tiene actualmente ingresos de alguna fuente? (Por favor marque una)

_____ SI _____ NO

¿Ha sido aprobado para recibir beneficios de compensación por desempleo? (Desde April 2020 hasta la actualidad)? (Por favor marque una)

_____ SI _____ NO

En caso de afirmativo, ¿durante cuánto tiempo ha estado recibiendo la compensación por desempleo? (Por favor marque una) _____ 1-89 días _____ 90 días o más

En caso afirmativo, ¿Cuánto es el monto de su beneficio semanal de Pensilvania?
\$ _____

Recibe alguno de los siguientes: (Marque todo lo que corresponda)

____ Ingresos de Seguro Social 2022 Monto por mes \$ _____

____ Ingresos por Discapacidad del SS 2022 Monto por mes \$ _____

____ Jubilación/ Pensión 2022 Monto por mes \$ _____

¿Actualmente recibe algún pago por trabajo/empleo? (por ejemplo, Uber, Lyft, Door Dash, Insta Cart, Comprador personal, trabajo de la hostelería, trabajo de salón, etc. (Por favor marque una) _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, ¿aproximadamente cuanto por semana? \$ _____

Información Demográfica

Raza: (Por favor marque una) **Etnicidad:** (Por favor marque una) **Género:** (Por favor marque una)

____ Nativo de Hawai o	____ Hispano	____ Hombre
de las islas del Pacifico	____ No- Hispano	____ Mujer
____ Nativo Americano	____ Negarse a contestar	____ Transgenero(hombre a mujer)
____ Blanco		____ Transgenero(mujer a hombre)
____ Asiatico		____ Otro
____ Negro or Afro- Americano		____ Negarse a Contestar
____ Negarse a contestar		

Solicite formularios adicionales para “Miembros del Hogar” y “Miembros adicionales menores de edad” o haga copias si es necesario

Miembros adicionales menores de edad

(cualquier persona menor de 18 años a la fecha de la solicitud)

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido : _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Información Demográfica

Raza: (Por favor marque una)

____ Nativo de Hawai o

de las islas del Pacífico

____ Nativo Americano

____ Blanco

____ Asiático

____ Negro or Afro- Americano

____ Negarse a contestar

Etnicidad: (Por favor marque una)

____ Hispano

____ No- Hispano

____ Negarse a contestar

Género: (Por favor marque una)

____ Hombre

____ Mujer

____ Transgenero(hombre a mujer)

____ Transgenero(mujer a hombre)

____ Otro

____ Negarse a Contestar

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido : _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Información Demográfica

Raza: (Por favor marque una)

____ Nativo de Hawai o

de las islas del Pacífico

____ Nativo Americano

____ Blanco

____ Asiático

____ Negro or Afro- Americano

____ Negarse a contestar

Etnicidad: (Por favor marque una)

____ Hispano

____ No- Hispano

____ Negarse a contestar

Género: (Por favor marque una)

____ Hombre

____ Mujer

____ Transgenero(hombre a mujer)

____ Transgenero(mujer a hombre)

____ Otro

____ Negarse a Contestar

Impacto de COVID-19

Por favor marque cada condición que se aplique al Solicitante u otros miembros del hogar del Solicitante que perdieron ingresos debido a la pandemia de COVID-19 (marque todas las que correspondan):

- Despedido temporal o definitivo.
- Sí han reducido las horas de trabajo.
- Estaba a punto de comenzar un nuevo trabajo antes de COVID-19 pero no pudo debido a circunstancias atenuantes.
- Fue despedido de un nuevo trabajo antes de establecer un historial laboral suficiente para ser elegible para los beneficios de desempleo regulares.
- Los ingresos de la empresa por cuenta propia han disminuido sustancialmente o la empresa ya no genera suficientes ingresos para operar y permanecer abierta.
- Contratista (s) independiente (s) o trabajador (s) de concierto (s) que no han podido ganar honorarios, o cuyos honorarios se han reducido notablemente.
- Se enfermó o un profesional médico o de salud pública le recomendó ponerse en cuarentena.
- Tuvo que dejar un trabajo o solicitar menos horas de trabajo para cuidar a una persona enferma.
- Tuvo que dejar un trabajo o solicitar menos horas de trabajo para cuidar a los dependientes cuyas situaciones normales (como la escuela o la guardería) se vieron interrumpidas.
- Preocupación razonable por el riesgo de infección en el trabajo para mí o para alguien de mi hogar (los ejemplos incluyen el solicitante, las personas que viven en el hogar del inquilino que son ancianos, tienen afecciones médicas subyacentes que lo hacen más vulnerable o un miembro del hogar está inmunodeprimido).
- Otras condiciones que resultaron en pérdida de ingresos debido a la pandemia de COVID-19. (Describa a continuación).

Si seleccionó "Otro", describa las circunstancias a continuación.

Si está disponible, provee la documentación de "COVID-19 Pérdida de ingresos" de su hogar, como una carta del empleador que muestre la pérdida del trabajo (p. ej., licencia, despido, cierre de negocios), reducción de horas de trabajo, pérdida de ingresos de trabajo por cuenta propia u otros razones que describen la pérdida de ingresos de su hogar.

El Solicitante u otros miembros del hogar del Inquilino Solicitante han perdido el 20% o más de sus ingresos debido a la pandemia de COVID-19

_____ SI

_____ NO

Solicitud de Asistencia

¿Su hogar ha recibido un aviso de 10 días de su arrendador para desalojar?

(Por favor marque una) _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, debe presentar el documento.

¿Ha recibido un aviso de audiencia de desalojo?

(Por favor marque una) _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, debe presentar el aviso con la presentación final de la solicitud.

Complete la renta necesaria para el mes adeudado. Si debe \$1,000 de alquiler para el mes Noviembre de 2020, y solo \$500 para el mes de Diciembre de 2020, complete estas cantidades correspondientes. Además, NO tiene que estar atrasado en el pago de la renta para recibir asistencia. Los solicitantes pueden solicitar el alquiler mensual actual y meses adicionales hasta un periodo total de 12 meses.

¿Debes o deberás alquiler por los meses siguientes? Si es así, enumera las cantidades en dólares y centavos por cada mes adecuado (máximo de 12 meses de asistencia de alquiler con recertificación cada 3 meses, a menos que use su declaración de impuestos de 2020 para todos los miembros adultos del hogar)

Abril 2020-Diciembre 2020: _____

Enero 2021-Diciembre 2021: _____

Enero 2022-Diciembre 2022: _____

Enero 2023-Diciembre 2023: _____

Información del propietario

Nombre del propietario como aparece en el contrato de arrendamiento: _____

de Teléfono de Arrendador: _____

Correo electrónico de Arrendador: _____

Si corresponde, incluya la identificación del caso de los propietarios: _____

Solicitud de Asistencia para los Servicios Públicos

NO tiene que estar atrasado en los servicios públicos para recibir asistencia. Si desea recibir asistencia de servicios públicos, enumera todo aquello de lo que usted, como inquilino es financieramente responsable, (solo incluya facturas que estén a nombre de un miembro del hogar).

¿Le gustaría recibir asistencia de servicios públicos? (marque uno) __ SÍ __ NO

Nombre de la compañía de Agua _____

Nombre de la compañía de Gas / Propano _____

Nombre de la compañía de Eléctrica _____

Nombre de la compañía de La Basura _____

Nombre de la compañía de Alcantarilla _____

Si estás solicitando asistencia con los servicios públicos **necesitamos la cuenta más reciente.**

La asistencia de servicios públicos no se puede agregar después de su aprobación, si es aprobado.

H. Asistencia Previa Recibida

¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido asistencia para el alquiler y / o servicios públicos de alguna fuente (local, estatal, federal) antes de buscar la asistencia de ERAP? (Por favor marque una) _____ SI _____ NO

Documentos Requeridos

_____ Identificación con fotografía válida para el solicitante (por ejemplo, identificación estatal, licencia de conducir, pasaporte, identificación de la escuela, identificación de trabajo, prueba de naturalización).

_____ Contrato de arrendamiento o contrato de alquiler de habitación

_____ Prueba de ingresos por los últimos 30 días para todos los miembros adultos del hogar o su declaración de impuestos presentada en 2020 1040 para todos los miembros adultos del hogar.

_____ Cuenta de Servicio(s) Público (Cuenta completa que muestra el uso corriente y balance anterior)

Presentar Solicitud

***Por favor revisar cada declaración para certificar**

_____ Certifico que toda la información de esta solicitud, y toda la documentación proporcionada en apoyo de esta solicitud, se proporcionan con el propósito de obtener fondos del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia del Condado de Berks.

_____ Certifico que una (1) o más personas en mi hogar está cobrando desempleo o ha experimentado una reducción de ingresos, incurrido en costos significativos, o experimentado otras dificultades financieras debidas (directa o indirectamente) a la Pandemia COVID-19.

____ Certifico que la información de la solicitud y la documentación proporcionada son verdaderas y completas a mi conocimiento y entender.

____ Acepto proporcionar todos los datos y registros necesarios para ayudar en la determinación de la elegibilidad del programa y reconozco que toda la información y los documentos proporcionados, excepto según lo eximido de conformidad con la ley, son una cuestión de registro público.

____ Además, concedo permiso y autorizo a cualquier banco, empleador u otra agencia pública o privada a divulgar la información que se considere necesaria para completar esta solicitud de ERAP.

____ Soy consciente de que cualquier pago que pueda ser proporcionado al Arrendador por el Condado de Berks en nombre del Inquilino a través de este ERAP se hará mediante el uso de fondos federales y, por lo tanto, entiendo que cualquier información falsa, ficticia o fraudulenta, o la omisión de cualquier hecho material, puede someterme a sanciones penales, civiles o administrativas por fraude, declaraciones falsas, afirmaciones falsas o de otro modo. (Título 18 del Código de los Estados Unidos, Secciones 3729-3730 y 3801-3812).

____ Entiendo que cualquier información falsa, ficticia o fraudulenta, o la omisión de cualquier hecho material, puede someterme a sanciones penales, civiles o administrativas por fraude, declaraciones falsas, reclamaciones falsas o de otro modo de conformidad con 18 Pa.C.S. § 4904 (relacionadas con la falsificación sin usar a las autoridades).

____ Entiendo que se me puede requerir que complete nuevas solicitudes adicionales cada 3 meses cuando se me indique para volver a certificar y determinar la elegibilidad continua para ERAP (sin exceder los 12 meses de asistencia y si hay fondos disponibles).

____ Certifico que otorgo permiso a Berks Coalition to End Homelessness para recopilar, enviar la documentación necesaria, recopilar la información de facturación de servicios públicos y atrasos (si corresponde) y firmar electrónicamente la Solicitud de asistencia de alquiler de emergencia de Berks en mi nombre si es necesario en para ayudar a determinar mi elegibilidad para la financiación.

(Imprimir Nombre): _____ (Fecha): _____

(Firma): _____