



SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER DE MAMMOTH LAKES

Envíe todos los formularios a Mammoth Lakes Housing en 587 Old Mammoth Road Suite #4. Por favor ponga su aplicación en nuestra caja de seguridad.

P.O. Box 260 Mammoth Lakes, CA 93546. Teléfono: 760.934.4740. Fax: 760.934.4724

Solicitantes: _____

Número de Teléfono del Solicitante: _____

Correo Electrónico del Solicitante: _____

Nombre del Inquilino(s) en el contrato de arrendamiento (si es diferente al solicitante): _____

Número de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del Propietario: _____

Dirección Postal del propietario: _____

Número de Teléfono del Arrendador: _____

Explique sus dificultades financieras como resultado de COVID-19. Ejemplos de impacto por COVID-19 incluye pero no se limitan a:

- a. Pérdida de trabajo, licencia o despido.
- b. Reducción de horas de trabajo o remuneración.
- c. Tienda, restaurantes u oficina de cierre.
- d. La necesidad de faltar al trabajo para cuidar a un niño en edad escolar o anciano persona.
- e. Enfermedad
- f. Otro, por favor explique: _____

Última Fecha de Empleo o Fecha de Reducción de Sueldo: _____

Dirección: _____

Dirección de Envío: _____

¿Es esta su única y principal residencia?: _____

Monto de Renta Mensual: _____

Monto de renta vencida y fechas por las cuales no ha pagado renta: _____

Otras facturas o pagos (y fechas) por las cuales está vencido: _____

¿Está recibiendo pagos de desempleo? Si _____ No _____

Cantidad de alquiler que el solicitante puede pagar: _____

Enumere los miembros del hogar y sus edades: _____

Proporcione una declaración por escrito sobre la necesidad de asistencia de alquiler:

Por favor proporcione:

- Último recibo de sueldo o declaración del empleador que describa el empleo y el hecho de que el solicitante era impactado por COVID-19.
- Copia del contrato de arrendamiento.

Al firmar a continuación, el solicitante declara de fe que toda la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma del aplicante

Fecha

Se puede requerir información adicional.

El pago se realizará directamente al arrendador dentro de los 20 días posteriores a la aprobación, siempre que el arrendador coloque un recibo por el pago, indicado la dirección de la propiedad y el nombre del inquilino(s). Aviso de pago se proporcionará al propietario y al solicitante dentro de los 5 días posteriores a la aprobación.

La decisión del pueblo o su designado sobre cualquier solicitud será definitiva, y los términos de este programa pueden ser modificados, o el programa en sí mismo eliminado, en cualquier momento sin previo aviso. La ciudad de Mammoth Lakes es igual proveedor de servicios y programas de oportunidad y no discrimina a ningún solicitante por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, embarazo, discapacidad, edad, condición médica, ascendencia, estado civil, ciudadanía, orientación sexual o estado com veterano de la era Vietnam o veterano discapacitado especial.

TOWN OR DESIGNEE USE ONLY			
Date Received: _____		Received by: _____	
Completed Application <input type="checkbox"/>	Paycheck Stub <input type="checkbox"/>	Employer Statement <input type="checkbox"/>	Copy of Lease Agreement <input type="checkbox"/>
ACTION TAKEN			
Interview with Applicant <input type="checkbox"/>	Interview with Landlord <input type="checkbox"/>		
Landlord discussion notes:			

Approved <input type="checkbox"/>	Denied <input type="checkbox"/>	Amount Recommended for Rental Assistance:	



P.O. Box 260
587 Old Mammoth Road #4
Mammoth Lakes, CA 93546
(760) 934-4740

Declaración de Impacto Económico por COVID-19

Yo, _____ (solicitante), declaro bajo pena de perjurio que mis ingresos han estado impactados negativamente por COVID-19 y esta emergencia de salud pública.

Por favor explique:

Yo, declaro la información indicada anteriormente y en mi aplicación de asistencia de alquiler es fiel a mi leal saber y entender y además entiendo que cualquier tergiversación puede ser motivo de terminación de mi asistencia para el pago de la renta o la de mi familia/hogar. Si se determina que ha solicitado asistencia de alquiler de manera fraudulenta, es posible que se le solicite que devuelva cualquier asistencia brindada con un pretexto falso que se proporcionó en virtud de este programa.

Acepto que si mi estado de ingresos cambia de alguna manera, les notificare a Mammoth Lakes Housing en posteriores solicitudes de asistencia para el pago de alquiler y proporcionare evidencia de los ingresos de mi hogar.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____