



SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER

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 de 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. Aviso de pago se proporcionará al propietario y al solicitante dentro de los 5 días posteriores a la aprobación.

La decisión del MLH 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. MLH 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: