

Central Falls Family Self Sufficiency Foundation

La Fundación de Autosuficiencia Familiar de Central Falls anuncia la disponibilidad de fondos de asistencia de alquiler e hipoteca para residentes de Central Falls de bajos ingresos que han tenido una reducción en sus ingresos debido al COVID-19.

Elegibilidad

- Debe ser residente de Central Falls
- El hogar debe ganar al 80% o menos si el ingreso medio del área se ajusta al tamaño de la familia:
 - o 1 Persona \$ 48,750
 - o 2 Personas \$ 55,700
 - o 3 Personas \$ 62,650
 - o 4 Personas \$ 69,600
 - o 5 Personas \$ 75,200
 - o 6 Personas \$ 80,750
- Se dará preferencia a los hogares que están en riesgo de quedarse sin hogar inminente como resultado de la pandemia de COVID-19.

Directrices del programa

- Los pagos de asistencia aprobados se emitirán directamente a los propietarios.
- Una aplicación por unidad.
- Los inquilinos que ocupan una propiedad propiedad de familiares no son elegibles.
- Los inquilinos de viviendas públicas, Sección 8 y residenciales privados son elegibles.
- Las solicitudes deben enviarse por correo electrónico a fssfoundation@cfhousing.org o enviarse por correo a Central Falls Family Self Sufficiency Foundation, 30 Washington Street, Central Falls, RI 02863
- Solo se procesarán las solicitudes completadas.

Central Falls Family Self Sufficiency Foundation no discriminará por motivos de raza, color, sexo, religión, credo, nacionalidad u origen étnico, edad, familia o estado civil, orientación sexual, discapacidad o discapacidad, ni negará a ninguna familia o individuo la oportunidad de solicitar o recibir asistencia en virtud de este programa.

Central Falls Family Self Sufficiency Foundation

COVID-19 Rent Relief Application & Affidavit



Tenant Information

First Name: _____ Last Name: _____

Email: _____

Phone number: _____ Date of Birth: _____

Rental Address: _____ Unit #: _____

City: **Central Falls** State: **RI** Zip Code: **02863**

Mailing Address (if different): _____

City: **Central Falls** State: **RI** Zip Code: **02863**

Names of all other household members:

#1 First Name: _____ Last Name: _____

#2 First Name: _____ Last Name: _____

#3 First Name: _____ Last Name: _____

#4 First Name: _____ Last Name: _____

#5 First Name: _____ Last Name: _____

#6 First Name: _____ Last Name: _____

Predominant Household Race:

 Black
 Asian Native American
 Other Hispanic
 White

Declaro, bajo pena de perjurio, lo siguiente:

1. Pago el alquiler a (arrendador) cuya información de contacto es: Dirección postal: Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono:

Correo electrónico:

2. Mi hogar ha perdido ingresos significativos debido a COVID-19 y ahora no puede pagar el alquiler de mi residencia.

_____ Debido a la pérdida del empleo ___ Debido al cierre de la escuela _____ Otro Por favor explique

3. El ingreso bruto estimado de mi hogar para el mes actual es \$.

4. El alquiler mensual de mi hogar es de \$.

5. Mi hogar no tiene suficientes ahorros o activos líquidos para pagar el alquiler.

6. ¿Su hogar recibe asistencia de la Sección 8? _____ Sí No

7. Estoy atrasado en mi alquiler por la cantidad de \$ _____.

8. Me han entregado una notificación de desalojo. _____ Sí No

9. Ninguna otra persona en mi hogar ha solicitado o solicitará este Programa de alivio de alquiler de COVID 19.

10. Entiendo que mi arrendador debe estar de acuerdo en no tomar ninguna medida para desalojarme por falta de pago de la renta de cualquier mes en el que se aplique el pago.

11. Por la presente juro y afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo a la Central Falls Family Self Sufficiency Foundation a verificar e investigar dicha información con mi total cooperación en cualquier momento. Entiendo que proporcionar información falsa en esta Declaración jurada es un delito y me someterá a sanciones penales y recursos civiles.

Fecha: _____ Nombre: _____