



**Condado de Yuma**  
**Programa de Asistencia Para Renta de Emergencia**  
**PAQUETE DE PRECALIFICACIÓN**



**Para Uso de Oficina de WACOG Solamente**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Solicitante:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente a la dirección física)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Usted renta su residencia?  Si  No      ¿Vive en tierras tribales?  Si  No

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Preferencia de Contacto:  Teléfono  Correo Electrónico  Correo Postal  Texto

**Miembros de todo el Hogar:**

<i><b>Escriba todos los miembros de su hogar, incluyendo al solicitante:</b></i>						
<i><b>NOMBRE COMPLETO:</b></i>	<i>RELACION FAMILIAR</i>	<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	<i>EDAD</i>	<i>SEXO</i>	<i>ACTUALMENTE RECIBE INGRESOS SI/NO</i>	<i>¿Ha estado desempleado más de 90 días? Si/No</i>

**Información de Ingreso:**

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS QUE LO RECIBEN ACTUALMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Tipo de Ingreso? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Tipo de Ingreso? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Tipo de Ingreso? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Tipo de Ingreso? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**AUTO TESTIMONIO DE CERO INGRESOS:**

Yo, **el SOLICITANTE**, certifico y atestiguo en nombre del hogar que los siguientes miembros del hogar **NO reciben ingresos de ninguna fuente**. Entiendo que la(s) fuente(s) de ingresos incluyen, entre otras, las siguientes: *Sueldos, salarios y propinas, beneficios del Seguro Social, compensación por Desempleo, trabajo por cuenta Propia o ingresos comerciales, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia, ingresos por Jubilación y pensión, o cualquier otra fuente de ingresos no mencionada aquí.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_      Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_      Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Declaración de dificultades financieras debido a la Pandemia por COVID-19 declarada el 13-03-2020**

**Testimonio de declaración de dificultades financieras:**

**¿Alguien en su hogar ha calificado para algún tipo de beneficios del Seguro de desempleo, incluyendo PUA, PEUC, Beneficios Extendidos?**  Si  No

*(PUA-Asistencia de Desempleo por la Pandemia) (PEUC) Compensación de Emergencia de Desempleo por la Pandemia)*

Si es así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuándo pasó esto? \_\_\_\_\_

**¿Alguien en su hogar ha tenido un aumento significativo en los gastos (costos) debido a COVID-19?**  Si  No

Si es así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuándo pasó esto? \_\_\_\_\_

**¿Alguien en su hogar ha tenido dificultades económicas directa o indirectamente relacionadas con la crisis de salud pública del COVID-19?**  Si  No

Si es así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuándo pasó esto? \_\_\_\_\_

**¿Hay alguien en su hogar que corra el riesgo de quedarse sin hogar o tener una Vivienda inestable?**  Si  No

Si es así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuándo pasó esto? \_\_\_\_\_

**¿Vive en condiciones inseguras o insalubres?**  Si  No

Si es así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuándo pasó esto? \_\_\_\_\_

**Información de Alquiler y Servicios Públicos:**

**¿Alguien en su hogar ha recibido asistencia para el alquiler o los servicios públicos desde el 13 de Marzo del 2020?**

Si  No

Si es así, ¿quién brindó la asistencia que se recibió? \_\_\_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Por qué meses recibió asistencia? \_\_\_\_\_

¿La asistencia fue de  Alquiler,  Servicios Públicos, o  ambos?

**¿Debe servicios públicos atrasados durante algunos meses?** *(Electricidad/Gas/Agua/Alcantarillado/Tarifa de eliminación de basura)*  Si  No

Proporcione información si solicita asistencia con sus servicios públicos:

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA PÚBLICA	NÚMERO DE CUENTA	MESES ATRASADOS	MONTO TOTAL VENCIDO

## DOCUMENTOS A INCLUIR en este Paquete De Precalificación:

- Formulario de Verificación del Propietario-Propietario debe completar (adjunta) pagina 4**
- Prueba de la crisis financiera debido al COVID-19** (Debe proporcionar al menos UNO de los siguientes: carta de despido de su empleador anterior, talones de cheque de ciclos de pago suficientes para justificar una reducción en los ingresos, prueba de seguro de desempleo o solicitud de PUA o presentación de reclamo semanal, carta del empleador que indique cambio en el horario, reducción de salario o aviso de suspensión, recibos para probar un aumento de los gastos o prueba de otras dificultades financieras directa o indirectamente debido al COVID-19)
- Identificación con foto del solicitante solamente**
- Contrato de Arrendamiento actual** -El solicitante debe estar incluido en el contrato de arrendamiento o haberlo firmado
- Aviso de 5 días atrasado /Notificación de desalojo** (si aplica)
- Facturas atrasadas de servicios públicos** (si está aplicando para ayuda de servicios públicos) (Electricidad/Gas/Agua/Alcantarillado/Tarifa de eliminación de basura)
- Prueba de Ingreso:** Documentos de Ingreso de todos los miembros del hogar **Enviar:** Declaración de Impuestos completa del 2020-1040 o Ingreso de los últimos 2 meses. (es decir., talones de cheque, beneficios por desempleo, beneficios del Seguro Social, pensión, etc.)

## Afirmación:

Afirmo que **no he recibido** asistencia ni un compromiso de asistencia con el **alquiler/servicios públicos** de ninguna otra fuente durante el mismo período de tiempo y tipo de asistencia. Si soy aprobado para este programa y termino recibiendo asistencia para el alquiler de otra fuente, informaré a WACOG.

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:** Al firmar a continuación, por la presente doy mi consentimiento y autorizo a WACOG y/o agencia delegada a comunicarse conmigo o con cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información proporcionada por mí. Además, autorizo a mi arrendador, la compañía de servicios públicos a la que se puede realizar el pago en mi nombre, a divulgar información sobre mi cuenta al corriente, incluida, entre otras, la información de facturación al programa ERA (Asistencia para Renta de Emergencia) del Condado de Yuma o a su designado por contrato. Entiendo que WACOG y el Programa ERA del Condado de Yuma pueden utilizar la información proporcionada en este formulario para fines de investigación, evaluación y análisis.

Si soy elegible, doy mi consentimiento a WACOG para que envíe la aplicación completa al Programa ERA del Condado de Yuma para que sea procesado para el pago al Propietario o a la Compañía de Servicios Públicos del Programa de Asistencia para Renta de Emergencia.

Por la presente declaro, bajo las sanciones estipuladas por la ley, que las declaraciones anteriores y la información del hogar en este paquete de precalificación son verdaderas, correctas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que WACOG y el Condado de Yuma se reservan el derecho de negar a un hogar que proporcione información falsa para el programa actual.

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Devuelva esta solicitud a:

**MANERAS DE ENVIAR**  
EL PAQUETE DE PRECALIFICACIÓN Y TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.

Dejar	Correo Electrónico
Oficina de WACOG 1235 S Redondo Center Drive Yuma, AZ 85365	<a href="mailto:rent@wacog.com">rent@wacog.com</a>

**Una vez que hayamos recibido su paquete de Precalificación y documentos, lo llamaremos dentro de los 6 a 12 días hábiles a partir de la fecha en que envió el paquete para verificar su información .**

**Si no hay respuesta de manera oportuna, se cancelará el paquete de Precalificación.**

**(RECIBIRÁ LA CARTA DE APROBACIÓN O DE INELEGIBILIDAD POR CORREO ELECTRÓNICO / CORREO POSTAL)**

Para cualquier otra pregunta, por favor llame a WACOG al 928-217-7144



# FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL PROPIETARIO

**Propietario debe completar este documento:**

## Aviso de ALQUILER ATRASADO: *(Propietario/Dueño debe completar)*

Esto es para confirmar que el alquiler de la siguiente persona está atrasado:

\_\_\_\_\_ quien alquila una **casa/depto./casa móvil**  
*(Inquilino/nombre completo del Solicitante)*

Que está localizada en la (Dirección): \_\_\_\_\_

¿Existe una relación entre usted y el inquilino?  Si  No Si es así, cual es la relación? \_\_\_\_\_

¿Es esto un alquiler con opción a compra?  Si  No

Plazo de arrendamiento de alquiler:  1 año  6 meses  mes a mes  otro \_\_\_\_\_

¿Que mes/es esta/n vencido(s)?  Ene  Feb  Mar  Abr  May  Jun  Jul  Ago  Sep  Oct  Nov  Dic

**Monto de Alquiler Mensual** es: \$ \_\_\_\_\_ **Recargos por moratoria** \$ \_\_\_\_\_

Si es renta subsidiada, indique la parte del inquilino: \$ \_\_\_\_\_  N/A

**Monto del alquiler incluye:**  Todos los servicios públicos  No servicios públicos

**Para uso de oficina de WACOG solamente:** Notas/Aclaración Verbal:

**Personal de WACOG: Información verificada por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**NOTAS IMPORTANTES PARA EL PROPIETARIO:** *Cualquier acuerdo resultante de este aviso será entre usted y el solicitante. Este aviso no es un pagaré de pago de WACOG..*

**No he recibido ninguna otra asistencia por pérdida de alquiler de otra agencia para cubrir el alquiler del residente antes mencionado por los mismos meses que se solicita a WACOG. Si yo recibo asistencia en nombre de este residente durante este mismo período de tiempo, Yo notificare a WACOG.**

**Yo entiendo que el CONDADO DE YUMA hará los pagos solo si el solicitante es elegible y cumple con los requisitos. Yo proporcionare el formulario W-9 o información de pago Electrónico directamente al Condado de Yuma cuando se solicite.**

Por favor firme a continuación para certificar que la información contenida arriba es verdadera y precisa. Por favor proporcione la información del beneficiario.

<b>Completado por:</b> <input type="checkbox"/> Administrador de la Propiedad <input type="checkbox"/> Dueño Nombre: <b>(Letra de Molde)</b>	<b>Beneficiario Designado: Nombre Completo</b> <i>(debe coincidir con el formulario W-9)</i>
Completado por: <b>(Firma)</b>	<b>Envíe el Cheque</b> por correo a la siguiente <b>dirección:</b>
Fecha formulario completado:	
Número de Teléfono: Propietario/Dueño	<b>Dirección de Correo Electrónico</b> Propietario/Dueño: