



Solicitud de asistencia de La Ciudad de Hermiston COVID-19



CAPECO es un Proveedor y Empleador de Igualdad de Oportunidades

721 SE 3rd St Ste D, Pendleton, OR 97801

541-276-1926 or 541-289-7755 | 800-752-1139 | FAX-276-7541 | TTY 541-278-5689

www.CAPECO-Works.org

Sirviendo a los condados de Umatilla, Morrow, Gilliam & Wheeler

Para procesar su solicitud de ayuda lo mas rapido posible, se requiere que los siguientes articulos se envíen a CAPECO:

- **Applicacion completa**
- **Copia de identificacion para todos los mayores de 18 anos que vivan en el hogar**
- **Ingresos para todos los adultos mayores de 18 anos que vivan en el hogar (ultimos 30 dias)**
- **Copia de la Factura de agua de la Ciudad de Hermiston (si busca asistencia para agua/ basura)**
- **Copia del estado de cuenta Hipotecario(si busca asistencia para el pago de la hipoteca)**
- **Acuerdo de arrendador y W-9 (si esta solicitando ayuda para la renta)**

Fecha de hoy: _____

Círculo la asistencia que su hogar está buscando: **Agua / Basura** **Alquiler** **Hipoteca**

Nombre del solicitante: _____ Numero de telefono: _____

Direccion fisica: _____

Direccion postal: _____

Cuanto cuesta su alquiler o Hipoteca? \$ _____/mes

Debe pagos atrasados de alquiler o hipoteca? Si No Cuanto \$ _____

Es usted responsable de cualquier utilidad? Si No

En caso afirmativo compruebe: Agua Basura Gas natural Electricidad

Debe servicios de utilidades no pagados? Si No Cuanto \$ _____

Nombre del(los) proveedor(es) de servicios de utilidades: _____

Por favor, diganos quien esta en su hogar:

Apellido	Nombre	MI	Sexo	Relacion con el jefe de la familia	Nombre en arrendamiento/ utilidad	Fecha de nacimiento	Numero de seguro social
				- Jefe de hogar -			

Cual es su raza/ etnicidad?

*Por qué preguntamos esto? HUD nos pide que recopilemos esta información para asegurarnos de que se cumplan las leyes que protegen a las personas de ser discriminadas. Si se siente incómodo compartiendo esta información, marque "prefiero no responder".

Por favor marque todos los que aplican:		Raza:						Etnicidad:
Apellido	Nombre	Indio Americano/ Alaska Nativo	Negro/ Afroamericano	Asiatico	Nativo Hawaiano/ Isla del pacifico	Blanco	Prefiero no responder	Hispano?

Alguien en su hogar tiene una discapacidad? Si No

Esta persona recibe beneficios de seguro social o veteranos por la discapacidad? Si No

Hay alguien en su hogar que es veterano? Si No

En caso afirmativo, por favor díganos quien (nombre): _____

Por favor, díganos acerca de los ingresos de su hogar:

Por favor, enumere todos los **ingresos brutos** (cantidad antes de impuestos/deducciones) para todos los miembros de su hogar.

Los "ingresos" pueden incluir salarios, prestaciones de seguro social, TANF, manutención de niños, etc.

Quien recibe estos ingresos? (Nombre)	Que tipo de ingresos es?	Cuanto recibes?	Con que frecuencia lo recibes? (semanal, mensual, etc.)

Al firmar este formulario, autorizo a CAPECO a proporcionar información a La Ciudad De Hermiston y para la entrada de datos por parte de CAPECO. Además autorizo a la ciudad de Hermiston y a sus agentes a acceder a cualquier registro para verificar la información proporcionada. Entiendo que esta versión es buena durante tres años a partir de la fecha en que se firma la solicitud.

Doy mi consentimiento a cualquier investigación legalmente autorizada para la confirmación de cualquier información que proporcione. Doy mi consentimiento para que mi Propietario, Utilidad o Proveedor Hipotecario comparta registros y otra información con La Ciudad De Hermiston.

Si recibo asistencia a la que no tengo derecho como resultado de retener información o dar información fraudulenta a sabiendas, debo devolver esa asistencia y puedo ser encontrado culpable de fraude y multado hasta \$10,000 puestos en prisión o ambos. Entiendo que a ninguna persona se le puede negar la asistencia por motivos de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencia política.

Reconozco que he recibido un aviso que describe mis derechos para solicitar una audiencia imparcial si mi solicitud es injustamente denegada. Además, entiendo que debo solicitar una audiencia dentro de los treinta (30) días de la fecha completa de la solicitud o la fecha de denegación.

Firma (miembro adulto)

Fecha

Firma (miembro adulto)

Fecha

Firma (miembro adulto)

Fecha

Firma (miembro adulto)

Fecha

Oregon COVID Rental Relief Program

AUTOCERTIFICACIÓN DE IMPACTO RELACIONADO CON COVID

Al firmar este documento, usted está declarando que ha sido afectado por COVID 19 por una pérdida de ingresos, condición de salud comprometida, estado de salud, o tiene un riesgo elevado de infección o vulnerabilidad debido a factores COVID-19. Este impacto amenaza directamente su capacidad de permanecer establemente alojado y que carece de los recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente.

Nombre de solicitante: _____

Yo, certifico que no puedo pagar mi alquiler, hipoceta, o utilidad, debido a uno o más de los siguientes problemas relacionados con COVID-19:

- Trabajo perdido/salarios debido a la enfermedad COVID de mi mismo o de un miembro de la familia
- Trabajo/salarios perdidos debido a necesidades de cuidado infantil y/o cierre de escuelas
- Pérdida de trabajo/salarios debido al cierre del empleador/empresa o al cierre temporal
- Pérdida de trabajo/salarios debido a preocupaciones de seguridad o riesgos para la salud en mi lugar de trabajo
- Ingresos/salarios perdidos debidos a COVID y ahora tengo cero ingresos
- Incapaz de encontrar empleo o reabrir negocios debido a COVID

O

- Auto-cuarentena debido a síntomas de COVID
- Estado de salud comprometido o elevado riesgo de infección o vulnerabilidad a la salud relacionado con COVID-19

Certifico que la información anterior y cualquier otra información que he proporcionado al solicitar asistencia de vivienda es verdadera, precisa y completa.

Firma (miembro adulto): _____ Fecha: _____

Firma (miembro adulto): _____ Fecha: _____

Derechos de la audición:

Si no está de acuerdo con la denegación o los límites de elegibilidad o de la terminación o modificación de beneficios u otra asistencia otorgada por CAPECO, puede solicitar una revisión informal dentro de los treinta (30) días de la decisión, poniéndose en contacto con CAPECO. Se presentará personalmente una solicitud de revisión informal, ya sea oralmente o por escrito, por lo que la queja podrá ser discutida informalmente y resuelta sin una audiencia.

Si no puede resolver el problema de esta manera o aún no está satisfecho, puede solicitar una audiencia, por escrito, dentro de los treinta (30) días posteriores a la revisión informal. Se proporcionará al Demandante una copia del Proceso de Audiencia Formal de CAPECO. Un oficial de audiencias organizará una fecha, hora y lugar convenientes tanto para usted como para CAPECO. Después de recibir su solicitud, se programará una audiencia justa dentro de los catorce (14) días. Al prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a examinar cualquier documento, incluidos los registros y reglamentos que sean directamente relevantes para la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un abogado u otra persona elegida como su representante. Usted tiene derecho a una audiencia privada a menos que solicite una audiencia pública. Usted tiene el derecho de presentar pruebas y argumentos en apoyo de su queja y de controvertir pruebas. También tiene derecho a interrogar a todos los testigos. El Oficial de Audiencias debe tomar una decisión dentro de los diez (10) días de la audiencia. La decisión del Oficial de Audiencias será definitiva.

OFFICE USE ONLY-DO NOT WRITE IN SHADED AREA

Completed Application Received-Date /Time: _____

Staff Member _____ Total amount approved \$ _____

Date of Approval _____ Reviewed by _____

Date submitted to finance _____ Check Number _____ Date Paid _____



Community Action Program East Central Oregon

SERVING UMATILLA • MORROW • GILLIAM • WHEELER COUNTIES

**Assisting people
to become
independent,
healthy and Safe.**

MAIN OFFICE

721 SE Third St., Ste.
D Pendleton, OR
97801
541-276-1926
800-752-1139 TOLL FREE
541-276-7541 FAX

HERMISTON

1565 N. 1st St., Sp. 1
Hermiston, OR 97838
541-289-7755
800-214-4776 TOLL FREE
541-289-7757 FAX

THE DALLES

3641 Klindt Dr.
The Dalles, OR 97058
541-506-3512

LANDLORD AGREEMENT

DATE: _____

Tenant(s) name: _____

Tenant(s) address: _____

Upon completion and approval, CAPECO will authorize a one-time payment towards the rent. Funds paid by CAPECO are to prevent eviction for nonpayment of rent. Funds may reflect past, present and future rent. If tenant leaves the unit with credit of rent not utilized, rent must be returned to the tenant.

By signing this form, you are certifying the amounts you have detailed below and agree you will not evict based on nonpayment of rent for the periods covered in the payment amount.

To be completed by Owner/ Landlord/Manager

Monthly Rent amount: \$ _____ Amount past due \$ _____ Late fee: \$ _____

Total Amount Due: \$ _____ Rent past due date: _____

Make checks Payable to:

BUSINESS OR OWNER'S NAME: _____

MAILING ADDRESS: _____

PHONE NUMBER: _____

OWNER'S SOCIAL SECURITY # OR FEDERAL TAX I.D. #: _____

CIRCLE BUSINESS TYPE:

- 1.) CORPORATION 2.) LLC 3.) PARTNERSHIP 4.) SOLE PROPRIETORSHIP

SIGNATURE OF OWNER OR AUTHORIZED AGENT/DATE