

LOS CAMPOS RESALTADOS EN AMARILLO SON OBLIGATORIOS

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

¿Son residentes actuales de Pleasanton con un contrato de arrendamiento residencial válido con un propietario externo durante al menos 6 meses continuos? Sí No Otro

Nombre MI Apellido

Fecha de Nacimiento Origen étnico Género M F

Estado Soltero Soltero Divorciado Viudo

Teléfono Correo electrónico

DIRECCIÓN ACTUAL

1. Dirección

Dirección Línea 2

2. Seleccione una de las siguientes opciones que mejor describa su residencia. Casa de apartamentos

Casa Dúplex Condominio Casa Adosada Casa Móvil

3. ¿Está alquilando una habitación en una residencia unifamiliar o de pueblo? Sí No

DEMOGRAFÍA DE HOGARES

1. ¿Está alquilando una habitación en una residencia unifamiliar o de pueblo?

1 2 3 4 5+

2. ¿Cuántos niños menores de 18 años?

1 2 3 4 5+ Ninguno

3. ¿Cuántas personas tienen entre 18 y 24 años?

Ninguno 1 2 3 4 5+

4. ¿Cuántas personas tienen entre 25 y 61 años?

Ninguno 1 2 3 4 5+

5. ¿Cuántos adultos mayores tienen 62 años?

Ninguno 1 2 3 4 5+

6. ¿Está participando en el programa Rapid Re-Housing de la ciudad?

Sí No

7. ¿Está usted o alguien en su hogar discapacitado?

Sí No

8. ¿Usted o cualquier otro adulto de su hogar es un veterano?

Sí No

INGRESOS DEL HOGAR

1. ¿Tiene un ingreso familiar que no exceda el 80% de Ingreso Medio de Área (AMI) establecido para el Condado de Alameda, ajustado para el tamaño del hogar (ver más abajo), antes de la orden de Refugio en Elcón en el Lugar del condado emitida el 16 de marzo de 2020 ("Período Pre-Covid")?

Sí No Otro

Por ejemplo: Si usted es un hogar de 2 personas y ganó \$65,000, respondería Sí a la pregunta anterior.

2. ¿Qué AMI del 80% del hogar se aplica a usted?

1 Persona; \$73,100 2 Personas; \$83,550 3 Personass; \$94,000 4 Personass; \$104,400
 5 Personass; \$112,150 6 Personass; \$121,150 7 Personass; \$129,500 8 Personass; \$137,850
 Otro

3. Ingresos del hogar

4. ¿Puede proporcionar talones de pago que muestren los ingresos del hogar? Sí No

TASK: Subir talones de pago

Proporcione talones de pago desde enero de 2020 hasta la fecha de presentación de la solicitud. Requerimos talones de pago para todos los miembros del hogar que contribuyen a los ingresos. Si envía ingresos por desempleo (UI), proporciónenos su historial de pagos. Los documentos deben mostrar claramente el nombre del miembro del hogar.

HISTORIA DE ALQUILER

1. ¿Ha solicitado y/o recibido asistencia de alquiler desde marzo de 2020 a través del Condado de Alameda o cualquier otro recurso?

Sí No

2. ¿Está usted en buen estado con el pago y los términos de su contrato de arrendamiento antes del pedido de Refugio en el lugar del condado emitido el 16 de marzo de 2020, según lo verificado por el arrendador? Sí No

3. Importe del alquiler

4. Enumere los meses que está atrasado en el alquiler: Enero Febrero Marzo Abril Mayo
 Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

5. ¿Ha adquirido recientemente cargos por mora?

6. ¿Tiene actualmente un Cupón de la Sección 8?

Sí No

7. ¿Tiene su Contrato de Arrendamiento Residencial Actual en Pleasanton?

Yes No Sí No

TASK: Copia del contrato de arrendamiento

Proporcione su Contrato de arrendamiento residencial actual en Pleasanton. Si su contrato de arrendamiento no muestra el año actual O 6 meses continuos en la residencia, consulte la sección de carga de información del propietario.

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Propietario (Nombre y Apellido) o Nombre de la Empresa

Teléfono

Correo electrónico

Dirección

Dirección Línea 2

1. ¿Su arrendador es un pariente inmediato a través de la sangre o el matrimonio? Sí No
2. ¿Tiene el propietario la verificación de que el alquiler del inquilino estaba al día antes del pedido del refugio del 16 de marzo en el lugar? Sí No
- 3.

TASK: Verificación del propietario

Proporcione un libro de pagos de alquiler con nombres O una declaración en papel con membrete de la compañía de su arrendador que indique que estaba en regla antes de la Orden de Refugio en el Lugar el 16 de marzo de 2020.

Si su contrato de arrendamiento no muestra que actualmente vive en la residencia (Ej. : contrato de arrendamiento de 2015-2016) o muestra un contrato de arrendamiento de 6 meses debido a una renovación reciente: solicite al arrendador el libro de alquiler completo para que muestre el período de tiempo completo en la residencia O agregue fechas en residencia a buena carta.

PRUEBA DE PENURIAS

1. ¿Tiene una verificación del impacto financiero de Covid-19 que ha reducido los ingresos de un hogar en al menos un 20 por ciento? Sí No

TASK: Cargar prueba de dificultad

Proporcione un comprobante de dificultades: Carta del empleador o carta de concesión de desempleo. Asegúrese de que su nombre figure en la documentación y que las fechas reflejen su disminución de ingresos.

Los talones de pago o extractos bancarios que reflejen una reducción en el salario pueden presentarse como documentación de respaldo.

Cargue documentos o envíelos a nuestro apartado de correos.

OTRO

¿Cómo supiste de nosotros?

Comentarios/Preguntas

PRESENTAR SOLICITUD

Los solicitantes pueden presentar una solicitud: Correo electrónico: renthelp@cityservecares.org Correo: PO Box 1613, Pleasanton, CA 94566 Formulario en línea: cityservecares.org/renthelp

CONTÁCTENOS

Puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono (925) 208-0660, o por correo electrónico renthelp@cityservecares.org



RELEASES OF INFORMATION AND LIABILITY - ROI

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre **MI** **Apellido**
Fecha de Nacimiento **SS#** **Teléfono**
la Dirección
Ciudad **Estado** **Zip**

Nota: Subir Foto de Identificación

COMUNICADO DE INFORMACIÓN DE CITYSERVE Para proporcionar nuestro servicio de manera más efectiva, solicitamos su permiso para compartir detalles de su necesidad / situación con comunidades religiosas, organizaciones sin fines de lucro, escuelas, empresas, personal local de la ciudad y agencias gubernamentales, según se considere necesario.

Por la presente autorizo que CityServe of the Tri-Valley comparta mi información personal con organizaciones comunitarias, Incluyendo, pero no limitado a: Ciudades de Dublín, Livermore, Pleasanton, Abode Services, Axis Community Health, Echo Housing, Ed

PROPÓSITO DE COMPARTIR INFORMACIÓN

- Coordinación de cuidados
 Remisión
 Other _____

Entiendo que los recursos pueden no estar condicionados a la obtención de autorización y que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y desea y ha recibido una copia: Si No

REVOCACIÓN: Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento a menos que se haya tomado una acción previa como resultado de este formulario.

ADVERTENCIA: Las prohibiciones de uso, transferencia o redescubrimiento de información, excepto según lo exijan las leyes estatales o federales, el usuario de la divulgación de información para fines distintos a los estatales, o la divulgación o transferencia de esta información a cualquier persona o entidad no mencionada en este documento está PROHIBIDO. Se debe obtener una autorización adicional por escrito para cualquier nuevo uso propuesto de información o para su divulgación o transferencia de dicha información.

_____ **Firma del Participante/Tutor** _____ **Print Name** _____ **Fecha**

Relación con la Cliente

VENCIMIENTO: Esta autorización vence doce (12) meses a partir de la fecha de creación de este formulario.



LIBERACIÓN DE RESTRINGIDA DE INFORMACIÓN

Algunos tipos de información requieren autorización específica para ser divulgada a otras organizaciones y agencias debido a la ley federal o estatal. Se identifican a continuación.

Al firmar, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial (marque las casillas correspondientes).

Prueba de VIH y resultados de la prueba Results

Notas de psicoterapia

Registros de salud mental

Registros del programa de drogas/alcohol * **

Firma del Participante/Tutor

Print Name

Fecha

**** MENORES DE EDAD:** Si un menor de 12 a 18 años ha dado su consentimiento para el tratamiento del Programa de Abuso de Drogas / Alcohol, según lo permitido por la ley de California, SOLO se debe obtener la firma del menor. Si se requirió el consentimiento del padre / tutor para el tratamiento del menor, las regulaciones federales aplicables a los registros del Programa de Abuso de Drogas y Alcohol requieren la firma de AMBOS pacientes y padres, tutores u otra persona autorizada para actuar por la ley estatal en su/su nombre.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LA PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA

Organizacion: CityServe of the Tri-Valley, PO BOX 1613 Pleasanton, CA 94566

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en el programa, ya sean eventos y actividades relacionadas, gestión de casos o referencias, el abajo firmante, reconoce y acepta que:

1. **Asumo libremente todos los dichos riesgos**, tanto conocidos como desconocidos, **incluso si surgen de la negligencia de los lanzamientos**, u otros y asumo tosa la responsabilidad de mu participacion.
2. Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de participación. Si observo algún peligro significativo inusual durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo notificaré al funcionario más cercano de inmediato
3. I, Yo, para mí y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, **LIBERAMOS, INDEMNIZAMOS Y SOSTIEMOS ARRANQUE** CityServe of the Tri-Valley, sus oficiales, funcionarios, agentes y / o empleados, otros participantes , patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de locales utilizados para llevar a cabo negocios y / o eventos (LIBERACIONES), de cualquiera y todos los reclamos, demandas, pérdidas y responsabilidades que surjan o estén relacionadas con cualquier **LESIÓN, DIASABILIDAD O MUERTE** Puedo sufrir, o perder o dañar a la persona o la propiedad, **SI SE PRODUCE POR LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS O DE OTRA MANERA**, en la mayor medida permitida por la ley.



RELEASES OF INFORMATION AND LIABILITY - ROI

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD

DECLARACIÓN DE SALUD

Notificaré a CityServe sobre la propiedad o los empleados de Tri-Valley si sufro de alguna condición médica o de salud que pueda causarme lesiones a mí mismo, a otros, o requerir atención de emergencia durante mi participación.

Notificaré a CityServe sobre la propiedad o los empleados de Tri-Valley si sufro de alguna condición médica o de salud que pueda causarme lesiones a mí mismo, a otros, o requerir atención de emergencia durante mi participación.

Firma del Participante/Tutor

Print Name

Fecha

Edad del Solicitante

PARA PADRES / TUTORES DEL PARTICIPANTE DE MENOR EDAD (MENORES DE 18 A LA HORA DE ENTRADA):

Esto es para certificar que yo, como padre / tutor con responsabilidad legal para este participante, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con su liberación según lo dispuesto anteriormente de todos los Liberados y, para mí, mis herederos, cesionarios y familiares, Libero y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Liberados de cualquier incidente de responsabilidad por la participación o participación de mi hijo menor en estos programas según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SE PRODUCE DE LA BEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS <en la mayor medida permitida por la ley.

Firma del Participante/Tutor

Print Name

Fecha

Número de Teléfono de Emergencia

* Acuerdo de firma - Al seleccionar la casilla de verificación "Acepto", usted está reconociendo la presentación de su solicitud y la liberación de información (ROI) por correo electrónico. Usted acepta que al seleccionar la casilla de verificación "Acepto" usted otorga a CityServe of the Tri-Valley el permiso de ingresar y marcar las firmas con una "X" en nuestra base de datos en línea en su nombre. Usted acepta que al seleccionar el botón "Acepto" significa que la versión de la base de datos en línea es equivalente a la solicitud y el retorno de la inversión enviados por correo electrónico y es legalmente vinculante. Si no desea "firmar" de esta manera, puede utilizar nuestro formulario en línea para completar su solicitud y el retorno de la inversión visitando nuestro sitio web en <https://cityservecares.org/renthelp/>.

[] Acepto

[] No Acepto