



**Contrato de plan de condonación/pago de alquiler
con la Autoridad de Vivienda de Telluride
Para Shandoka, Virginia Placer y The Telluride Boarding House**

A través de este proceso de solicitud, la Autoridad de Vivienda de Telluride considerará la condonación limitada del alquiler o un acuerdo de plan de pago para las personas en la ciudad de Telluride propiedad de viviendas de alquiler durante el período de enero de 2021 a junio de 2021. Este recurso se asignará a los solicitantes que hayan sufrido dificultades extremas debido a que covid 19 resulta en inestabilidad financiera y que pueden demostrar agotamiento de otros recursos disponibles. Una vez recibida la solicitud completa y la Declaración de necesidad del inquilino, se contactará con el solicitante para una reunión telefónica o una reunión en persona.

- Solicitud de: Condonación de renta/Solicitante desempleado Condonación del alquiler/Solicitante parcialmente empleado
- Plan de pago (50% Alquiler/Otro 50% diferido durante 6 meses)

Para la condonación de alquiler, adjunte una de las siguientes opciones:

- Nota del Dr. que confirma que no puede trabajar debido a la Nota del Empleador de COVID 19
- Que verifica la reducción de horas
- Nota escolar que requiere que el niño y la familia pongan en cuarentena

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Unidad #: _____

Teléfono celular: _____

Otro teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Número de niños en el hogar? _____

Duración de la vida y el trabajo en el condados de San Miguel, ¿Montrose Occidental o Ouray? _____

¿Tiene la intención de quedarse en la zona?

Sí

No

Seleccione **TODO LO QUE CORRESPONDA** a su situación:

- Pérdida de empleo por COVID-19
- Enfermedad debida al COVID-19
- No poder trabajar o quedarse en casa con un niño debido al cierre de la escuela debido al COVID-19
- Incapaz de trabajar o quedarse en casa con un miembro enfermo de la familia debido a COVID-19
- Puedo pagar el 50% de mi alquiler, que es \$ _____
- Puedo pagar más del 50% de mi alquiler, que es \$ _____

Por favor describa **en detalle** por qué está en esta crisis:

¿Cuáles son sus fuentes de ingresos?

Compruebe todo lo que corresponda

- Empleo (salarios, propinas, bonos, etc.)
- Pensión alimenticia o manutención de niños
- Asistencia social, tanf o alimentaria (SNAP)
- Indemnización
- Fondos fiduciarios, anualidades o intereses
- Ganancias de lotería, liquidaciones de seguros, etc.
- Regalos familiares
- Otro _____

Monto total de los ingresos mensuales actuales de las fuentes anteriores \$ _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre de la empresa del empleador más reciente: _____

Dirección de la empresa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Nombre del gerente: _____

Número de teléfono del administrador: _____

¿Está empleado actualmente? Sí No

¿Su empresa actual ha indicado que será reemplazado? Sí No

¿Tienes un segundo trabajo? Sí No

Nombre del segundo empleador: _____

Dirección de la empresa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Nombre del gerente: _____

Teléfono del gerente #: _____

¿Actualmente está empleado? Sí No

¿Su empresa actual ha indicado que será reemplazado? Sí No

*** Su empleador será contactado para verificar la información**

Gasto mensual actual:

COMPRUEBE TODO LO

- Alquiler de
- Electricidad
- Internet
- Seguro médico
- Seguro de automóvil
- Guardería
- Manutención de niños o pensión alimenticia
- Otros
- Monto total de los gastos mensuales corrientes \$ _____

Otros recursos que ha perseguido: COMPRUEBE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN

Buen vecino fondo	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Brillante futuro desempleo Control	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Federal de estímulo Confianza en La	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
vivienda comunitaria Seguridad	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Social, Discapacidad Asistencia	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Temporal para familias necesitadas	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Cupones de alimentos o SNAP	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Servicios Sociales Fondos de	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Emergencia Organizaciones	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Benéficas Privadas Compensación de	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado
Familiares o amigos víctima	<input type="checkbox"/>	He recibido la ayuda	<input type="checkbox"/>	Aplicación en proceso	<input type="checkbox"/>	No Han Aplicado

Otro: _____

* Por favor, explique cómo ha agotado todos sus demás recursos y nos proporciona cualquier otra información que usted sienta que ayudaría a determinar su elegibilidad para esta aplicación:

Delcaración de necesidades del inquilino:

El siguiente formulario es la "Declaración de necesidad del inquilino", Rellene y devuelva con esta solicitud.



Declaración de Necesidad del Inquilino

Nombre del inquilino	
Domicilio del inquilino	
Número telefónico y correo electrónico del inquilino	

Número de adultos de 18 años o mayores que vivan en la residencia más de la mitad del tiempo

Número de niños o adolescentes menores de 18 años de edad que vivan en la residencia más de la mitad del tiempo

En mi hogar, no pudimos pagar la totalidad o parte de la renta por motivos de una reducción del ingreso familiar, gastos incurridos importantes o dificultades económicas debidos directamente o indirectamente, a la propagación del COVID-19, que comenzó el 13 de marzo, 2020.

Cualquier y todo programa de asistencia que mi hogar ha recibido de cualquier programa local, estatal o federal ha sido proporcionado al propietario del inmueble.

Una o más personas que están en la vivienda están en riesgo de entrar en condición de desamparo o inestabilidad de vivienda.

¿Algún empleado viviendo en la casa ha estado desempleado continuamente durante los últimos 90 días antes de que se complete esta aplicación de asistencia? Sí No

¿Alguien en la vivienda calificó para beneficios de los desempleados (UI)? Sí No

Declaraciones y firma

Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de Colorado que toda la información en este documento es verdadero y correcto y entiendo que toda información falsa o declaraciones confusas u omisiones pueden resultar en procesos criminales o civiles para multas, sanciones, daños o encarcelamiento.

Entiendo que al firmar este documento estoy autorizando al dueño de la propiedad para que solicite ayuda para pagar el alquiler y/o asistencia con las utilidades en mi nombre y que esto sirve como documentación de que el dueño de la propiedad está presentando una aplicación para asistencia de alquiler en mi nombre.

Entiendo que puedo ser requerido a proveer información adicional para que el dueño de mi propiedad reciba la asistencia de alquiler y que el estado de Colorado y cualquiera de sus representantes debidamente representados puedan contactarme para esta información o para verificar la información dentro de esta aplicación.

Todos los miembros de la vivienda que son adultos deben firmar esta aplicación (agregue más hojas si hace falta).

Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha

Certificado

Certifico que la información dada en esta solicitud es precisa y completa hasta donde yo sé. También entiendo que las declaraciones falsas o la información son motivos para la denegación de asistencia.

Entiendo pagar al menos el 50% del alquiler mensual y el 50% restante debe pagarse en un plazo de seis meses a partir de la fecha del acuerdo.

Entiendo que voy a cumplir con los términos del plan de pago y firmar un contrato de arrendamiento enmendado para este plan de pago. Puedo hacer pagos incrementales para mi alquiler, además de un plan de pago de alquiler amortizado en cualquier momento.

Entiendo que mis estados de cuenta de facturación seguirán reflejando todo mi saldo, incluyendo la porción de alquiler que estoy aplazando.

Entiendo que no recibiré una tarifa por retraso por entrar en un plan de pago a menos que tarde más de seis meses en pagar el alquiler diferido.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del co-solicitante

Fecha

Descargue esta aplicación y envíela al siguiente correo electrónico: tbrier@telluride-co.gov Nos comunicaremos con usted dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su solicitud.