

Ayuda de emergencia para el alquiler y los servicios públicos Solicitud del arrendatario

Parte 1: Información del solicitante principal

Información básica

Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Apellido: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): _____
Número del Seguro Social: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Número de teléfono: _____

Dirección principal:

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____
Código postal: _____

¿Es su vivienda principal? Sí No

Nota: La unidad debe ser la vivienda principal del solicitante en el momento de la solicitud y estar ubicada en Florida. El arrendatario no tiene que haber estado en la unidad antes de la pandemia.

Dirección postal, en caso de ser diferente de la dirección principal.

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Remisiones y exención de registros públicos

¿Desea que el Departamento de Niños y Familias se comunice con usted para informarle sobre otros programas de apoyo para los que puede calificar con base en la información que suministró en esta solicitud? Los mensajes de texto pueden estar sujetos a las tarifas de mensajería estándar y datos.

Sí No ¿Cómo le gustaría que nos pudiéramos en contacto con usted? Texto Correo electrónico Teléfono

¿Cuál es su idioma de preferencia? Inglés Español Haitiano criollo

Es política del estado de Florida que todos los registros estatales, del condado y municipales estén abiertos para inspección personal y reproducción de parte de cualquier persona. Existen exenciones para determinadas personas en categorías calificadas, p. ej., personal del orden público, activo o anterior, jurado o civil; bomberos actuales o anteriores certificados de conformidad con la Sección 633,408; jueces actuales o anteriores del Tribunal Supremo, jueces del tribunal de apelaciones del distrito, jueces del tribunal del circuito y jueces del tribunal del condado; fiscales estatales actuales o anteriores, fiscales estatales adjuntos, fiscales estatales o fiscales estatales auxiliares.

¿Califica como exento de la Ley de Registros Públicos de Florida? Sí No

En caso afirmativo, escriba su estado de exención: _____

Parte 2: Información demográfica del solicitante principal

Raza (seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no responder			Etnia (seleccione una): <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Elige no responder
¿Con qué género se identifica? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder			
¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder			

Parte 3: Información sobre los ingresos del solicitante principal

1. ¿Tiene ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
1.1. En caso de no tener ingresos, ¿ha estado desempleado por más de 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Presentó los impuestos sobre la renta de 2020 y tiene acceso a su formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.1. Si ha respondido "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de su declaración federal de impuestos sobre la renta de 2020: _____ Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR.	
Si ha respondido "No", siga las instrucciones para proporcionar la información sobre sus ingresos en la casilla 3.	
Omita la casilla 3 si ha introducido su AGI de 2020 en el recuadro 2.1	
3. Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.	
Ingresos principales: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal Importe de los ingresos: _____	
Otros ingresos: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	
Otros ingresos: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	
Otros ingresos: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	

Enviar por correo a: OUR Florida
 2002 Old St. Augustine Road, Building C
 Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Parte 4: Composición del hogar

4. ¿Alquila su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Actualmente vive en un hotel o motel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.1. En caso afirmativo, ¿tiene una vivienda principal en otro lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.2. En caso negativo, ¿ha tenido que quedarse en un hotel o motel desde el 13 de marzo de 2020 porque lo evacuaron de su vivienda principal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿A usted o a un miembro de su hogar le interesa ser el propietario del lugar donde vive (p. ej., alquiler con opción a compra, contratos de arrendamiento financiero o contratos de terrenos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Alguno de los siguientes se aplica a su caso o a algún miembro de su hogar? (Marque todas las opciones que correspondan).	
<input type="checkbox"/> Es firmante o cofirmante de la hipoteca de la propiedad.	
<input type="checkbox"/> Tiene la escritura pública de la propiedad.	
<input type="checkbox"/> Ha ejercido la opción de compra	
8. ¿Tiene un cupón de la Sección 8 o vive en una vivienda subsidiada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.1. En caso afirmativo, ¿qué parte de su alquiler paga?	Cantidad: _____
9. Do you live on tribal land?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Criterios de elegibilidad: dificultades económicas

Beneficios por desempleo: los arrendatarios que recibieron beneficios por desempleo pueden ser elegibles para la ayuda del alquiler del programa OUR Florida. Si uno o más miembros del hogar del solicitante cumplen los requisitos para recibir beneficios por desempleo después del 13 de marzo de 2020, marque "Sí" en la casilla 10. Se le pedirá que proporcione documentación, como un aviso de elegibilidad del Departamento de Oportunidades Económicas, documentos del pago de beneficios por desempleo o una captura de pantalla de la cuenta de un miembro del hogar que indique que tiene una reclamación activa. Los solicitantes pueden obtener información a través del Departamento de Oportunidades Económicas en UI Online (myflorida.com).

10. ¿Alguien en su hogar ha calificado para algún tipo de beneficio por desempleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10.1. En caso afirmativo, ¿ha estado usted u otro miembro de su hogar recibiendo beneficios por más de 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Obtuvo usted o alguien de su hogar menos ingresos como consecuencia de la emergencia de salud pública de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11.1. ¿Aproximadamente cuál fue la reducción salarial mensual debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19?	Cantidad: _____

Si ha respondido "Sí" a las preguntas 10 u 11, omita esta sección.

Aumento de los gastos debido a la COVID-19: el Estado identifica que los costos relacionados con la COVID-19 deben incluir, en general, gastos relacionados de manera razonable con circunstancias cambiantes debido a que un miembro del hogar requiere un tratamiento para la COVID-19, medidas razonables que se tomaron para prevenir la infección, los costos de reubicación debido a cambios en las circunstancias financieras o sanitarias, compras para apoyar el trabajo o la educación a distancia, necesidades de cuidado infantil debido al cierre de las escuelas, costo de transporte alternativo, aumento de los costos de servicios públicos debido al aumento del tiempo en el hogar, así como multas y tarifas por el pago tardío del alquiler o de los servicios públicos.

12. ¿Alguien en su hogar ha experimentado un aumento significativo de los gastos (costos) directa o indirectamente relacionado a la crisis de salud pública de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.1. En caso afirmativo, indique el costo total aproximado de los gastos adicionales causados por la emergencia de salud pública de la COVID-19.	Cantidad: _____

Si ha respondido "Sí" a las preguntas 10, 11 o 12, omita esta sección.

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite <https://www.ourflorida.com/>

13. ¿Su hogar ha experimentado alguna otra dificultad económica debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19? Sí No

Si ha seleccionado "Sí", describa a continuación sus dificultades económicas.

Criterios de elegibilidad: Inestabilidad de la vivienda

14. ¿Está atrasado en el pago del alquiler o de los servicios públicos? Sí No

15. ¿Es posible que no pueda pagar el alquiler el próximo mes? Sí No

16. ¿Se les ha notificado a usted o a los miembros de su hogar que su derecho a ocupar su actual vivienda o situación de vida va a terminar? Sí No

17. ¿Usted o algún miembro de su hogar tuvo que mudarse dos o más veces durante los 60 días pasados? Sí No

18. ¿Le han colocado alguna infracción del código u órdenes de expropiación a su unidad de alquiler debido a condiciones inseguras e insalubres? Sí No Desconocido

19. ¿Vive en condiciones de vida inseguras o insalubres debido a violencia doméstica o a repetidos casos de violencia o tiene una orden de protección vigente?

Si se encuentra en una crisis o necesita ayuda inmediata, marque el 911 o llame a la línea directa de violencia doméstica al 1-800-500-1119.

Sí No Elige no responder

Otras ayudas para el alquiler

Otras ayudas para el alquiler: los solicitantes que han recibido ayuda de otros programas de ayuda para el alquiler son elegibles SOLO para los meses de ayuda que no fueron cubiertos por otra ayuda, incluidos los fondos locales u otros programas federales.

20. ¿Ha recibido usted o alguien de su hogar ayuda para el alquiler o los servicios públicos desde el 13 de marzo de 2020? Sí No

21. ¿Quién proporcionó la ayuda que se recibió? Nombre de la organización o la persona:

22. ¿Durante qué período de tiempo recibió ayuda? Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

23. ¿La ayuda era para el alquiler, los servicios públicos o para ambos? Alquiler Servicios públicos Ambos

Parte 5: Composición del hogar

24. ¿Cuántas personas viven en su hogar? (Inclúyase e incluya a todos los demás adultos y a los niños menores)

1 2 3 4 5 6 7 8+

Proporcione la información demográfica y sobre los ingresos de cada miembro de su hogar. No repita la información del solicitante principal en esta sección. Si necesita más espacio, imprima una segunda copia de esta página. Los miembros del hogar mayores de 18 años deben informar de sus ingresos en el espacio que se proporciona a continuación. Los miembros del hogar menores de 18 años no están obligados a proporcionar información sobre los ingresos si los ingresos ganados son inferiores a \$12,400 o si los ingresos no salariales son inferiores a \$1,100.

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 1	
Nombre:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no responder	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Elige no responder
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder	
25. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 25.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
26. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 26.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020: Cantidad: _____ Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR	
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba	
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.	
Ingresos principales: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	
Otros ingresos: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	
Otros ingresos: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	
Otros ingresos: ¿Con qué frecuencia recibe su pago? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A Importe de los ingresos: _____	

Enviar por correo a: OUR Florida
 2002 Old St. Augustine Road, Building C
 Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 2			
Nombre:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	
Raza:		Etnia:	
<input type="checkbox"/> Indígena americano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Hispano o latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Múltiples razas	<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Elige no responder	<input type="checkbox"/> Elige no responder
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder			
Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder			
27. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
27.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020:		Cantidad: _____	
Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR			
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba			
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.			
Ingresos principales:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Importe de los ingresos: _____			
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Importe de los ingresos: _____			
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Importe de los ingresos: _____			
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Importe de los ingresos: _____			

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 3			
Nombre:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	
Raza:		Etnia:	
<input type="checkbox"/> Indígena americano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Hispano o latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Múltiples razas	<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Elige no responder	<input type="checkbox"/> Elige no responder
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder			
Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder			
29. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
29.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
30. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
30.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020:		Cantidad: _____	
Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR			
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba			
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.			
Ingresos principales:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 4					
Nombre:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no responder		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Elige no responder			
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder					
31. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
31.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
32. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
32.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020:		Cantidad: _____			
Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR					
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba					
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.					
Ingresos principales:					
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____				
Otros ingresos:				<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____				
Otros ingresos:				<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____				

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite <https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 5			
Nombre:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	
Raza:		Etnia:	
<input type="checkbox"/> Indígena americano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Hispano o latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Múltiples razas	<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Elige no responder	<input type="checkbox"/> Elige no responder
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder			
Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder			
33. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
33.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
34. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
34.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020:		Cantidad: _____	
Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR			
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba			
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.			
Ingresos principales:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos: _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos: _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos: _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos: _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 6					
Nombre:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no responder		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Elige no responder			
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder					
35. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
35.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
36. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
36.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020:		Cantidad: _____			
Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR					
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba					
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.					
Ingresos principales:					
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____				
Otros ingresos:					
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____				
Otros ingresos:					
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____				

Miembro del hogar 7			
Nombre:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no responder		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Elige no responder	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder			
37. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020:		Cantidad: _____	
Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR			
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba			
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.			
Ingresos principales:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____
Otros ingresos:			
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas
Importe de los ingresos:	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> N/A	_____

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite <https://www.ourflorida.com/>

Miembro del hogar 8	
Nombre:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no responder	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Elige no responder
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Elige no responder Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no responder	
39. ¿Esta persona recibe algún ingreso actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 39.1. Si la respuesta es "No", ¿ha estado el miembro del hogar empleado durante más de 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
40. ¿Ha presentado el miembro del hogar los impuestos federales sobre la renta para 2020? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 40.1. Si la respuesta es "Sí", introduzca el ingreso bruto ajustado de sus impuestos federales sobre la renta de 2020: Cantidad: _____ Nota: Su ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) se puede encontrar en la página 1, línea 11 de su formulario 1040 o 1040-SR	
Omita esta casilla si ha introducido su AGI de 2020 más arriba	
Proporcione la información sobre los ingresos de cada fuente de ingresos que recibe actualmente. No indique en este apartado los ingresos percibidos por otro miembro del hogar. Incluya todos los ingresos de fuentes como sueldos, salarios, propinas, manutención infantil, seguro social y seguro por desempleo. No incluya ingresos de otros beneficios de ayuda pública, como el SNAP o ayuda de dinero en efectivo de la TANF. Si tiene otras fuentes de ingresos, adjunte los formularios complementarios.	
Ingresos principales:	
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____
Otros ingresos:	
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____
Otros ingresos:	
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____
Otros ingresos:	
¿Con qué frecuencia recibe su pago?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> N/A
Importe de los ingresos:	_____

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite <https://www.ourflorida.com/>

Parte 6: Información sobre el alquiler y los servicios públicos

Alquiler	
¿Cuál es el monto de su alquiler mensual?	Cantidad: _____
41. ¿Tiene atrasado el pago de alquiler de algún mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
41.1. En caso afirmativo, ¿cuál es el importe del alquiler atrasado?	Cantidad: _____
41.2. Meses atrasados: _____ a _____ Año: _____	
42. ¿Ha recibido una orden de desalojo de su vivienda de alquiler de parte del administrador o del arrendador de la propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
43. ¿Ha recibido un aviso de desalojo de parte del administrador o del arrendador de la propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
44. ¿Tiene una necesidad en curso que requerirá ayuda para el alquiler en el futuro?	
44.1. En caso afirmativo, ¿cuántos meses? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Servicios públicos	
Se pueden aprobar para su financiación los pagos por atrasos de electricidad, gas, agua y alcantarillado, pero se pagarán solo directamente a las compañías de servicios públicos y deben estar respaldados por una factura actual o un recibo. Proporcione toda la información pertinente que se solicita a continuación sobre los pagos de servicios públicos atrasados para los que solicita ayuda.	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
45. ¿Tiene atrasado el pago de los servicios públicos de algún mes?	
46. Tipo de utilidad (marque las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Aguas residuales <input type="checkbox"/> Recolección de basura
Nombre del proveedor: _____	Número de cuenta: _____
Meses de atraso: _____	Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
	Importe total atrasado: _____
47. Tipo de utilidad (marque las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Aguas residuales <input type="checkbox"/> Recolección de basura
Nombre del proveedor: _____	Número de cuenta: _____
Meses de atraso: _____	Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
	Importe total atrasado: _____
48. Tipo de utilidad (marque las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Aguas residuales <input type="checkbox"/> Recolección de basura
Nombre del proveedor: _____	Número de cuenta: _____
Meses de atraso: _____	Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
	Importe total atrasado: _____
49. Tipo de utilidad (marque las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Aguas residuales <input type="checkbox"/> Recolección de basura
Nombre del proveedor: _____	Número de cuenta: _____
Meses de atraso: _____	Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
	Importe total atrasado: _____
50. Tipo de utilidad (marque las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Aguas residuales <input type="checkbox"/> Recolección de basura
Nombre del proveedor: _____	Número de cuenta: _____

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite <https://www.ourflorida.com/>

proveedor:	_____	Fecha de inicio:	_____	Fecha de finalización:	_____	Importe total atrasado:	_____
Meses de atraso:	_____						

Parte 7: Información de contacto del arrendador

Información de contacto:

Nombre de la empresa: _____

Dirección de correo electrónico de la empresa: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código postal: _____

¿Es su vivienda principal? Sí No

Nota: La unidad debe ser la vivienda principal del solicitante en el momento de la solicitud y estar ubicada en Florida. El arrendatario no tiene que haber estado en la unidad antes de la pandemia.

Parte 8: Documentos del arrendatario requeridos para la solicitud

Utilice esta guía para verificar los documentos de prueba que debe presentar con su solicitud. No envíe los originales al programa OUR Florida.

Documentos de identificación <i>Debe presentar al menos uno de los siguientes:</i>	
<input type="checkbox"/>	Documentos de identificación de preferencia: <ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir • Identificación estatal • Pasaporte • Identificación militar
<input type="checkbox"/>	Si no dispone de uno de los documentos anteriores, puede presentar uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación universitaria • Certificado de nacimiento • Tarjeta de registro electoral • Identificación tribal • Identificación del empleador • Documentos/identificación de inmigración emitida por el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security, DHS)
Documentos del alquiler <i>Debe presentar al menos uno de los siguientes:</i>	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de su contrato de arrendamiento o alquiler actual • recibos de pagos de alquiler; • pagos actuales de los servicios públicos de la propiedad a nombre del arrendatario; • recibos de pago anulados que muestren el propósito y el propietario; • registros bancarios que demuestren la continuidad de los pagos del alquiler.
Documentos informativos sobre los servicios públicos	
<input type="checkbox"/>	Si solicitó ayuda para los servicios públicos en las casillas 46, 47, 48, 49 o 50, proporcione una copia de la factura de los servicios públicos correspondientes. <ul style="list-style-type: none"> • Factura de electricidad

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite <https://www.ourflorida.com/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Factura del gas • Agua y aguas residuales • Factura del agua • Factura del alcantarillado • Factura por recolección de basura • Aviso de desconexión (si corresponde) 	
Documentos sobre los ingresos		
<input type="checkbox"/>	Si se informó de los ingresos propios o de algún miembro del hogar, presente uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de impuestos 1040 presentado • Formulario W2 • Formulario 1099 • Otro • Documentos de ingresos 	
Documentos sobre las dificultades económicas		
<input type="checkbox"/>	Si ha declarado una dificultad económica en las casillas 10, 11, 12 o 13, presente uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Aviso de vencimiento de alquiler, aviso de vencimiento de servicios públicos • Aviso por escrito de desalojo de la vivienda por falta de pago del alquiler, aviso de desalojo, aviso de terminación del arrendamiento • Comprobante de residencia en 3 o más direcciones diferentes durante los últimos 60 días. • Evidencia de infracción del código u orden de expropiación (si está disponible) • Verificación de beneficios por desempleo • Verificación de reducción de ingresos debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19 • Verificación de aumento significativo en los gastos (costos) debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19 • Documento que demuestre las dificultades económicas debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19 • Evidencia de estadía en un hotel (facturas, recibos) 	

Parte 9: Certificación del arrendatario:

DECLARACIÓN

Mi nombre es _____ y resido en _____. Esta es mi vivienda principal. Declaro que pago _____ de alquiler por mi residencia en _____. El nombre del arrendador o de la empresa de gestión a la que pago el alquiler es _____. Envío mi renta a _____. El número de teléfono del arrendador o la empresa de gestión es _____.

Certificación del arrendatario:

Certifico que la información que suministré es verdadera, precisa y está completa. Certifico que yo y los miembros de mi hogar hemos ocupado como vivienda principal (la casa donde suelo habitar) la unidad para la que estoy buscando ayuda durante el período para el cual pido la ayuda para alquiler o servicios públicos. Certifico que ocuparé la unidad como mi vivienda principal durante los meses restantes para los que se proporcione la ayuda. Certifico que no he recibido ayuda para los mismos gastos de los mismos meses para los que solicito la ayuda.

Entiendo que cualquier tergiversación de información o la no divulgación de la información solicitada en este formulario, o crear un registro falso o engañoso me descalificará para ser elegible para el Programa OUR Florida. También entiendo que la información suministrada sobre mi hogar está sujeta a verificación adicional por parte del Departamento de Niños y Familias de Florida, el

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

Departamento del Tesoro, el Programa OUR Florida o cualquier otra agencia estatal o federal. Al solicitar este programa, autorizo dicha verificación y es posible que deba entregar documentos de respaldo. **Entiendo que si hago un falso reclamo o una declaración falsa al gobierno federal de manera intencional, puedo estar sujeto a sanciones civiles o penales según el Título 18 del USC, Sección 287, Títulos 1001 y 31 del USC, Sección 3729, así como a sanciones civiles y penales del estado de Florida.**

Por la presente declaro, de conformidad con las sanciones previstas por la ley, que la declaración antes proporcionada es verdadera, correcta, y está completa, a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Enviar por correo a: OUR Florida
2002 Old St. Augustine Road, Building C
Tallahassee, FL 32301

Para presentar una solicitud en línea, visite
<https://www.ourflorida.com/>

	Tipo de certificación:	Verborrea de certificación	Referencia de la pregunta:	Inicial
1	Viviendas subsidiadas/públicas	Certifico que vivo en una vivienda subsidiada y solo he solicitado ayuda de este Programa para la parte del alquiler del arrendatario o para servicios públicos.	Si ha respondido "Sí" a la pregunta "¿Tiene un cupón de la sección 8?"	
2	Hotel/moteles	Certifico que me evacuaron de mi residencia principal debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19. Debido a esta evacuación, actualmente vivo en un hotel o motel o he vivido en un hotel o motel desde el 13 de marzo de 2020. Solo solicito ayuda para los costos de alquiler del hotel, sin incluir gastos incidentales a las tarifas de la habitación.	Si ha respondido "Sí" a la pregunta "¿Ha tenido que quedarse en un hotel o motel desde el 13 de marzo de 2020 porque lo evacuaron de su vivienda principal?" Y Si ha respondido "No" a la pregunta "¿Tiene una vivienda principal en otro lugar?"	
3	Sin ingresos	Certifico que ni yo ni un miembro de mi hogar tenemos ningún ingreso.	Si ha respondido "No" a la pregunta "¿Tiene ingresos?" para cualquier miembro del hogar añadido.	
4	Solo pagos en efectivo	Certifico que yo y todos los miembros de mi hogar hemos informado sobre todos los ingresos, incluidos todos los pagos en efectivo y cualquier ingreso por trabajo independiente.	Certificación requerida.	
5	Reducción de los ingresos del hogar (Household, HH)	Certifico que me han reducido el ingreso, o se lo han reducido a miembros de mi hogar, como consecuencia de la emergencia de salud pública de la COVID-19.	Si ha respondido "Sí" a la pregunta "¿Obtuvo usted o alguien de su hogar menos ingresos como consecuencia de la emergencia de salud pública de la COVID-19?"	
6	Incurrió en costos significativos	Certifico que he tenido un aumento significativo en los costos, o lo han tenido miembros de mi hogar, como consecuencia de la emergencia de salud pública de la COVID-19.	Si ha respondido "Sí" a la pregunta "¿Alguien en su hogar ha tenido un aumento significativo de los gastos (costos) debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19?"	
7	Experimentó dificultades económicas	Certifico que he experimentado dificultades financieras, o las han experimentado miembros de mi hogar, como consecuencia de la emergencia de salud pública de la COVID-19.	Si ha respondido "Sí" a la pregunta "¿Ha experimentado su hogar alguna otra dificultad económica debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19?"	
8	Riesgo de alquiler en el futuro	Certifico que es posible que no pueda pagar el alquiler el próximo mes.	Si ha respondido "Sí" a la pregunta "¿Es posible que no pueda pagar el alquiler el próximo mes?"	