

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20

### A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR/BENEFICIARIO SECUNDARIO

1. Nombre del administrador:

### B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre del solicitante:

2. Dirección:

3. Ciudad, estado, código postal:

4. Condado:

5. Dirección de correo electrónico:

6. Teléfono particular: ( ) -

7. Teléfono celular: ( ) -

8. Nombre del casero:

Información de contacto del casero (correo electrónico y/o número de teléfono):

9. ¿Vive en una unidad de vivienda pública operada por una autoridad de vivienda o recibe un vale de la Sección 8?

No  Sí

*Si la respuesta es afirmativa, su unidad no es elegible para recibir asistencia y puede dejar de completar el resto de la solicitud.*

### SOLO PARA CASOS DEL PROGRAMA DE REMISIÓN DE DESALOJOS DE TEXAS

10. N.º de expediente judicial:                      Precinto de juez de paz (J.P.) N.º                      en el condado de

### C. INFORMACIÓN DE LA UNIDAD Y DEL ALQUILER DEL CONTRATO

1. Período de alquiler:                      a

2. Fecha de ocupación de la unidad (fecha de inicio del contrato de arrendamiento):

3. Tamaño de la unidad – Número de habitaciones en la unidad:

4. Alquiler del contrato de la unidad: \$

El alquiler del contrato de la unidad es su pago de alquiler mensual y debe coincidir con lo que se refleja en su contrato de arrendamiento.

Si necesita asistencia para determinar el monto correcto a ingresar en los numerales 5 y 6, consulte al proveedor de asistencia.

5. 120 % del SAFMR o FMR: \$

Determine [AQUÍ](#) el 120 % del alquiler promedio del mercado para áreas pequeñas (SAFMR) o del alquiler promedio del mercado (FMR) aplicable para el tamaño de su unidad actual y el condado o código postal.

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20

### 6. 150 % del SAFMR o FMR: \$

*Si el alquiler del contrato es mayor que el 150 % del SAFMR o FMR, su unidad no es elegible para recibir asistencia y puede dejar de completar el resto de la solicitud.*

## D. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

### 1. Monto adeudado al casero

**a. Monto total del alquiler adeudado actualmente a su casero: \$**

Incluya el alquiler del mes actual y los atrasos adeudados; no incluya recargos por mora.

**b. Indique los meses anteriores por los que se adeuda el alquiler:**

Incluya tanto el mes como el año. Por ejemplo: 10/2020, 11/2020 y 12/2020.

**c. Indique los meses actuales y futuros para los que está buscando asistencia con el alquiler:**

Tenga en cuenta que los meses de asistencia anterior, actual y futura no pueden exceder los 6 meses.

### 2. Asistencia máxima permitida

*Si necesita asistencia para determinar el número correcto a ingresar aquí, consulte al proveedor de asistencia.*

La asistencia máxima que permite este programa es hasta el 120 % del SAFMR o FMR.

**a. ¿El alquiler del contrato de su unidad es mayor que el 120 % (el número en C5 arriba) y menor que el 150 % (el número en C6 arriba) del SAFMR o FMR?**

No  Sí

→ Si la respuesta es negativa, puede omitir el resto de esta pregunta.

**b. En caso afirmativo, calcule lo siguiente:**

**Alquiler del contrato (punto C4) menos (-) 120 % del SAFMR o FMR (punto C5) = \$**

Este monto es la parte del alquiler mensual superior al 120 % del SAFMR o FMR y debe pagarse o condonarse por todos los meses de asistencia por parte del casero antes de que este programa realice un pago de asistencia al casero.

**c. ¿Quién pagará este monto?**

Inquilino  Casero  Beneficiario secundario  Otro (especifique):

### 3. Asistencia para vivienda recibida

**a. ¿Ha recibido asistencia con el alquiler de otras fuentes (por ejemplo, ciudad, condado, iglesia u otra organización) durante los meses en que busca asistencia con el alquiler?**  No  Sí

→ Si la respuesta es negativa, omita el resto de esta pregunta.

**b. En caso afirmativo, ¿cuál es el monto total de asistencia con el alquiler que ya recibió?**

• Mes(es) que cubrió la asistencia con el alquiler:

• ¿Cuál fue la fuente de asistencia (por ejemplo, nombre del programa de asistencia)?

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20

### 4. Necesidad insatisfecha

#### ¿Cuál es su necesidad insatisfecha total?

Calcule el monto total del alquiler que adeuda actualmente a su casero (punto D1a) menos (-) el monto total de asistencia con el alquiler ya recibida (punto D3b).

*Nota: si su alquiler es mayor que el 120 % y menor que el 150 % del SAFMR o FMR, el programa pagará el número total de meses para los que está buscando asistencia multiplicado por el 120 % del SAFMR o FMR (punto C5) menos (-) el monto de asistencia ya recibida.*

**F. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:** el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA) solicita esta información como requisito para elaboración de informes. Aunque el TDHCA agradecería recibir esta información, usted puede elegir no proporcionarla. No será discriminado debido a esta información, ni si decide proporcionarla o no.

Si no desea proporcionar esta información, marque esta casilla:

#### Códigos de origen étnico:

**H** – Hispano: persona oriunda de Cuba, México, Puerto Rico, América del Sur o América Central, o de otra cultura u origen hispanico, independientemente de la raza. Términos tales como “latino” o “de origen hispanico” se aplican a esta categoría.

**NH** – No hispano

#### Elija todos los códigos de raza aplicables:

1. Indio americano o nativo de Alaska
2. Asiático
3. Negro/Afroestadounidense
4. Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
5. Blanco

#### Códigos de edad:

- A. 0 a 17 años
- B. 18 a 24 años
- C. 25 a 61 años
- D. Mayor de 62 años

#### Condición de discapacidad:

Una persona con una discapacidad tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más de las actividades vitales principales; un registro de tal impedimento; o bien ser considerado como que tiene tal impedimento. La definición de discapacidad no incluye el consumo ilegal o la adicción actual a una sustancia controlada.

Integrante	Código de origen étnico	Código de raza	Código de edad	Marque si la persona tiene una discapacidad
<b>Ejemplo</b>	<b>H</b>	<b>2, 3</b>	<b>C</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 (cabeza)				<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20

7				<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>
11				<input type="checkbox"/>

<b>E. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR</b>						
(Enumere a todos los integrantes del grupo familiar)						
Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento de identificación)	Parentesco con la cabeza del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Género	Condición de estudiante	¿Recibe ingresos?	Marque si es veterano
1.	Cabeza del grupo familiar		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (FT) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (PT) <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20

a. ¿Algún integrante del grupo familiar mencionado anteriormente es un hijo adoptivo?

No  Sí, ¿quién?

b. ¿Alguno de los integrantes del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante?

No  Sí, ¿quién?

### G. ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA

¿El grupo familiar está compuesto por seis (6) integrantes o menos Y recibe beneficios de SSI (para la cabeza o corresponsable del grupo familiar), LIHEAP o SNAP?

Sí En caso afirmativo, adjunte la documentación de respaldo original y omita la sección H.  No

### H. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Agregue una hoja adicional si necesita espacio para enumerar los ingresos de integrantes adicionales del grupo familiar.

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26) <input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Ciudad:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26) <input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Ciudad:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26) <input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -	

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20

Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Ciudad:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26) <input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
5. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: (    ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Ciudad:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26) <input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
6. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: (    ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Ciudad:
Fecha de contratación:	Salario: \$	Período de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (26) <input type="checkbox"/> Quincenal (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
<b>L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS</b>					
<p>Por medio de la presente, cada uno de los Solicitantes que suscribe para el Programa de Asistencia de Emergencia con el Alquiler de Texas (TERAP) certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre empleo, alquiler e ingresos.</p>					
_____		_____		_____	
Nombre del solicitante en letra de imprenta		Firma		Fecha	
_____		_____		_____	
Nombre del cosolicitante en letra de imprenta		Firma		Fecha	
<p><b>Advertencia: la sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito penal hacer declaraciones falsas en forma premeditada a cualquier Departamento o Agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.</b></p>					

*Se realizarán adaptaciones razonables para completar la solicitud para personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.*

# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON EL ALQUILER DE TEXAS (TERAP)

## SOLICITUD PARA INQUILINOS

REV. 08/ENERO/20



### DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Dirección: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección de correspondencia: P.O. Box 13941, Austin, TX 78711

Teléfono principal: 512-475-3800 Línea gratuita: 1-800-525-0657

Correo electrónico: [info@tdhca.state.tx.us](mailto:info@tdhca.state.tx.us) Web: [www.dshs.state.tx.us](http://www.dshs.state.tx.us)

