WELLS FARGO

Programa de Asistencia de Alquiler para Personas Mayores de Wells Fargo

Solicitud 2026 | Condado de Miami-Dade | Administrado por Sunshine For All, Inc.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA E INSTRUCCIONES DE ENVÍO

Sobre el programa

WF-SRAP ayuda a mayores de bajos ingresos de Miami-Dade a conservar su hogar pagando parte de su alquiler.

Qué recibe: $250 al mes para su alquiler, hasta por 12 meses.

Cómo se paga: Los pagos van directamente a su arrendador (el arrendador debe entregar un formulario W-9 firmado).

Quién lo administra: Sunshine For All, Inc.

Quién puede solicitar

Debe cumplir TODOS estos requisitos: 62 años o más; vivir en el Condado de Miami-Dade; la vivienda es su residencia principal; ingresos del hogar de 50% del AMI o menos (ver tabla); y contrato de alquiler vigente y firmado.

NO SON ELEGIBLES: Beneficiarios de Sección 8 / Vales de Elección de Vivienda, de vivienda pública o de Sección 202.

Ingreso anual máximo del hogar 2026 - 50% del AMI, Condado de Miami-Dade

Personas en el hogar	1	2	3	4	5	6
Ingreso anual máx.	$43,400	$49,550	$55,750	$61,950	$66,950	$71,900

Fuente: límites de ingresos de HUD (EE. UU.) para el Condado de Miami-Dade. Pueden cambiar cuando HUD publique nuevas cifras.

Documentos que debe incluir

Marque cada documento que envía.

- ☐ Copia de su contrato de arrendamiento vigente y firmado (todas las páginas)
- ☐ Identificación con foto: licencia de conducir de Florida o tarjeta de identificación de Florida
- ☐ Comprobante de ingresos de cada miembro del hogar (Seguro Social/SSI, pensión o 3 últimos talones de pago)
- ☐ Certificación y Declaración Jurada de Residencia firmadas (página 3 de esta solicitud)
- ☐ Aviso de desalojo o de pago atrasado, si recibió uno (para prioridad)

Cómo solicitar

PERÍODO DE SOLICITUD: 5 DE OCTUBRE – 25 DE OCTUBRE DE 2026

Envíe por el Servicio Postal de EE. UU. con **matasellos A MÁS TARDAR EL 25 DE OCTUBRE DE 2026.**

No se aceptarán solicitudes con matasellos posterior al 25 de octubre de 2026.

Antes de enviar

- Complete las 3 páginas con letra clara.
- Escriba N/A si algo no aplica. No deje espacios en blanco.
- Solo una solicitud por hogar, y solo por correo.
- Guarde una copia de todo lo que envíe.

Enviar a

Sunshine For All, Inc.
WF-SRAP
1407 SW 22nd Street
Miami, FL 33145

ENVIAR UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA.

Toda la información será verificada. Los fondos son limitados y se otorgan por orden de prioridad.

Solo para uso de la oficina

Fecha de recibo	ID del cliente	Ciudad	Revisado por	Estado

SUNSHINE FOR ALL, INC. Not for Profit

WELLS FARGO

Programa de Asistencia de Alquiler para Personas Mayores de Wells Fargo

Solicitud 2026 | Condado de Miami-Dade | Administrado por Sunshine For All, Inc.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE, DEL HOGAR Y DEL ALQUILER

1 Información del solicitante mayor

Use su nombre legal tal como aparece en su tarjeta del Seguro Social.

Nombre y apellido (62 años o más)		Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
Número de Seguro Social	Teléfono celular	Teléfono alterno	Idioma preferido	
Correo electrónico			Número de apartamento / unidad	
Dirección actual (calle)	Ciudad		Estado	Código postal

¿Tiene actualmente un aviso de desalojo o de alquiler atrasado? Sí ____ No ____

¿Recibe otra asistencia de alquiler o subsidio de vivienda (Sección 8, etc.)? Sí ____ No ____

2 Miembros del hogar

Anote a todas las personas que viven en el hogar / están en el contrato. Comience con el solicitante mayor (línea 1).

#	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Parentesco con el solicitante
1					Solicitante mayor (usted)
2					
3					
4					
5					

3 Ingresos del hogar

Incluya TODOS los ingresos: Seguro Social/SSI, pensión, salario, discapacidad, ayuda familiar, etc.

Miembro del hogar	Fuente de ingreso	Cantidad $	Frecuencia*

*Semanal / Mensual / Anual

Ingreso mensual total del hogar $	Ingreso anual total del hogar $

4 Información del alquiler y del arrendador

Alquiler mensual $	Fecha de inicio del contrato	Fecha de fin del contrato
Nombre del arrendador / dueño	Compañía administradora (si aplica)	
Teléfono del arrendador	Correo electrónico del arrendador	

Programa de Asistencia de Alquiler para Personas Mayores de Wells Fargo

Solicitud 2026 | Condado de Miami-Dade | Administrado por Sunshine For All, Inc.

AVISOS, CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

5 Avisos importantes

Número de Seguro Social: Se recopila solo para verificar ingresos y elegibilidad a través de terceros.

Verificación: El personal puede comunicarse con su arrendador, el Seguro Social, empleadores o bancos para confirmar su información.

Pagos: Si es aprobado, los pagos se hacen solo a su arrendador.

Cambios: Debe reportar cualquier cambio dentro de 10 días.

Lista de espera: Si usted fallece o se muda permanentemente a un centro de cuidado, la asistencia pasa a la siguiente persona mayor en la lista de espera.

Información falsa: Resultará en la negación o terminación y puede ser un delito (Estatutos de Florida, Cap. 817).

6 Certificación y firma del solicitante

Certifico que he leído toda esta solicitud, que he reportado TODOS los ingresos del hogar y que toda la información es verdadera y correcta. Autorizo a Sunshine For All, Inc. a verificar mi información para determinar mi elegibilidad.

☐ He leído y acepto la certificación anterior.

Firma del solicitante mayor (62+)	Nombre en letra de molde	Fecha
Firma del cónyuge / otro adulto en el contrato (si aplica)	Nombre en letra de molde	Fecha

7 Declaración jurada de residencia

Todo adulto que aparezca en el contrato debe completar esta declaración.

Juro que la dirección a continuación es mi residencia principal en el Condado de Miami-Dade. Notificaré a Sunshine For All, Inc. si me mudo. Entiendo que hacer una declaración falsa a sabiendas puede conllevar sanciones penales según la ley aplicable.

Dirección de residencia (calle, apartamento, ciudad, código postal)

Nombre	Firma	Fecha
Solicitante mayor:		
Otro adulto (si aplica):		
Otro adulto (si aplica):		

Lista final de verificación

☐ Las 3 páginas están completas (N/A donde no aplique)

☐ Están anotados todos los miembros del hogar y todos los ingresos

☐ Firmado y fechado en las Secciones 6 y 7

☐ Se adjuntan el contrato, la identificación con foto y el comprobante de ingresos

☐ Enviado por el Servicio Postal de EE. UU., con matasellos a más tardar el 25 de octubre de 2026

Solo para uso de la oficina

Elegibilidad: Elegible / No elegible / Pendiente	Cantidad mensual $	Meses aprobados	Fecha de inicio
Especialista de vivienda	Aprobación del supervisor		Fecha