

SOLICITUD DE PROGRAMA

USO DE OFICINA

Matasellos de la solicitud / Fecha de entrega: _____

Hora de entrega: _____

Iniciales del administrador: _____

A. CALIFICACIONES, CONDICIONES Y REQUISITOS GENERALES DE DOCUMENTACIÓN

Entiendo / entendemos las siguientes calificaciones, condiciones y requisitos de documentación para este programa:

- El Programa de Asistencia para el Costo de Vivienda COVID-19 brinda asistencia para el costo de vivienda a hogares que residen en Nuevo México que están atravesando dificultades financieras debido a la crisis de salud de COVID-19 y que están en riesgo de perder su vivienda.
- Se brinda hasta \$ 1,500 por mes por un máximo de tres (3) meses consecutivos, según la necesidad real.
- La forma de asistencia es una subvención que se paga directamente al proveedor de vivienda, p. Ej. propietario, administrador, empresa de depósito en garantía, etc.
- Los gastos elegibles que se pueden pagar con los fondos de la subvención incluyen pagos de alquiler / hipoteca / préstamo / arrendamiento / contrato de bienes raíces desde el 28 de febrero de 2020 (es decir, los solicitantes deben haber estado al día con sus pagos al 28 de febrero de 2020).
- Para calificar, el ingreso familiar anual total de todos los miembros del hogar en el condado de la residencia principal del solicitante no puede exceder los límites enumerados en el Anexo 7, o la residencia principal del solicitante debe estar en tierras tribales.
- Para calificar, el ingreso familiar incluirá todos los ingresos de todas las personas mayores de 18 años, así como todos los ingresos no derivados del trabajo de menores, a menos que la residencia principal del solicitante esté en tierras tribales.
- Para calificar, el hogar debe certificar que haya tenido dificultades financieras desde el 1 de marzo de 2020 debido a la crisis de salud COVID-19. Las situaciones que causan dificultades económicas incluyen, entre otras: pérdida de empleo, reducción de horas de trabajo, reducción de salarios, o aumento de gastos.
- Para calificar, el hogar no debe recibir asistencia para la vivienda de otro programa que cubra el costo total de su pago de vivienda
- Los hogares que anteriormente recibieron fondos del Programa de Asistencia para el Costo de Vivienda COVID-19 no son elegibles para solicitar nuevamente por un mínimo de un año a partir de su último pago aprobado.
- Las solicitudes se recibirán hasta nuevo aviso
- La solicitud debe completarse por completo e incluir todos los documentos requeridos.
- El personal del programa revisará las solicitudes. Si una solicitud está incompleta, el solicitante tendrá 10 días para enviar la documentación faltante.
- El personal del programa determina la elegibilidad de los solicitantes para el programa y se reserva el derecho de denegar solicitudes en casos específicos donde las reparaciones y / o solicitud / solicitantes no se ajustan a estas u otras pautas del programa.

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de propiedad: _____

Condado: _____

Teléfono principal: _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de asistencia de vivienda que solicita: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Pagos de renta
- Pagos de lotes / terrenos de casas móviles o prefabricadas
- Alquiler de casas móviles o prefabricadas
- Préstamo para vivienda móvil o prefabricada
- Primera hipoteca
- Segunda hipoteca
- Pagos de contratos inmobiliarios (Bienes raíces)

¿Es residente de tierras tribales?

- Si
- No

Si es residente de tierras tribales, por favor anote el nombre de la tierra tribal y la dirección a de su casa.

Si es residente de tierras tribales, lea y firme el comunicado a continuación:

Yo / nosotros damos consentimiento para la divulgación de información en esta solicitud a mi tribu o entidad de vivienda designada por la tribu con el propósito de determinar si mi tribu / entidad de vivienda designada por la tribu para administrar un programa para el cual yo / nosotros podemos ser elegibles. Entiendo que si mi tribu / entidad de vivienda designada por tribus me otorga asistencia a mí o a mi hogar, mi / nuestra solicitud para el Programa de Asistencia para el Costo de Vivienda de MFA COVID-19 puede ser denegada.

Firma	Nombre Impreso		Fecha

C. DIFICULTAD FINANCIERA COVID-19:

Marque todo lo que corresponda

- Perdida de trabajo
- Permiso de trabajo
- Cierre temporal o permanente del lugar de trabajo
- Reducción salarial más que 10%
- Reducción de la compensación por trabajo por cuenta propia más que 10%
- Pérdida de empleo y / o reducción salarial de al menos un 10% debido al requisito de estar en cuarentena en base a un diagnóstico de COVID-19
- Aumento de gasto
- Otras circunstancias pertinentes que conducen a dificultades económica (por favor describa a continuación):

D. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Indique el nombre de cada individuo que vive en la unidad de vivienda, comenzando con la cabeza de familia:

No.	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Género* Elija el código de la lista de abajo	Etnicidad* Elija el código de la lista de abajo	Raza* Elija el código de la lista de abajo
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

1- Hombre
2- Mujer
3-Otro
4-Prefiere no decir

1- Hispano
2- No Hispano

1-Blanco
2.Negro/Afro-American
3- Asiático
4- Indio americano / nativo de Alaska
5- Nativo hawaiano / otro isleño del Pacífico
6- Indio americano / nativo de Alaska y blanco
7-Asiático y blanco
8-Negro / afroamericano y blanco
9-Indio americano / nativo de Alaska y negro / afroamericano
10- Otros multirraciales

Es su hogar un hogar con un único jefe de familia? Si No Prefiere no decir

*Esta información es estrictamente confidencial y se utilizará en conjunto solo para fines de informes federales

E. INFORMACIÓN DE INGRESOS ANUALES DEL HOGAR

Ingreso mensual actual (si su residencia principal está en tierras tribales, no es necesario que complete esta sección): Incluya todas las fuentes de ingresos del hogar del solicitante y cualquier miembro del hogar mayor de 18 años. Incluya solo los ingresos no derivados del trabajo de los miembros del hogar menores de 18 años. Solo incluye ingresos corrientes. **Para cada fuente de ingresos, envíe los documentos relevantes indicados en la Lista de verificación de la documentación de la solicitud que comienza en la p 13.**

Fuente de ingresos	Nombre del miembro del hogar y fuente de ingresos	Total mensual
Salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos. Reporte el monto antes de las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otros elementos.		
Ingresos netos por el funcionamiento de una empresa o profesión. Los gastos para la expansión comercial o la amortización del endeudamiento de capital no se utilizarán como deducciones. Reporte todos los ingresos y retiros (excepto cuando el hogar reembolse el efectivo o los activos invertidos en la operación).		
Intereses, dividendos, ingresos netos por alquiler, ingresos por regalías o ingresos de cuentas que devengan intereses, propiedades, fideicomisos, etc. Informe incluso las cantidades pequeñas acreditadas en la cuenta.		
Seguro social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por discapacidad, beneficios por fallecimiento u otros tipos de recibos periódicos similares. Reporte la cantidad total recibida.		
Pagos en lugar de ganancias como desempleo, discapacidad, indemnización por despido y trabajador. Informe la cantidad total recibida.		
Cualquier pago de asistencia pública (TANF o Asistencia General) de la oficina de apoyo a los ingresos estatal o local. Reporte la cantidad recibida.		
Asignaciones periódicas y determinables tales como pagos de pensión alimenticia y manutención de niños y contribuciones regulares o regalos recibidos de organizaciones o personas que no residen en la vivienda. Reporte la cantidad total recibida.		
Todo pago regular, pago especial y subsidio de un miembro de las Fuerzas Armadas, excepto pago especial para un miembro del hogar que está expuesto a fuego hostil. Informe la cantidad total recibida		

Ingreso mensual bruto actual total	A \$
Multiplica por 12 meses en un año	B X12
A multiplicado por B es igual al INGRESO ANUAL TOTAL	C \$

F. INFORMACIÓN DE VIVIENDA

F.1.a. ¿Su hogar ha recibido asistencia para el costo de la vivienda desde el 1 de marzo de 2020 y / o recibirá dicha asistencia? Si No

F.1.b. En caso afirmativo, proporcione el nombre de la organización que administra la asistencia, la cantidad y el período durante el cual se recibió y / o se recibirá la asistencia.

Además, **proporcione documentación que muestre la cantidad de asistencia recibida / otorgada (como una carta de concesión).**

F.2. ¿Estaba al día con sus pagos a su (s) proveedor (es) de vivienda al 28 de febrero de 2020? Si No

Para cada tipo de asistencia solicitada, complete la información relevante abajo. Deje en blanco las secciones que no correspondan. Esta información se utilizará para desembolsar cualquier asistencia aprobada a su (s) proveedor (es) de servicios de vivienda. Para cada tipo de asistencia solicitada, envíe los documentos relevantes indicados en la Lista de verificación de la documentación de la solicitud que comienza en la p. 14.

Asistencia de alquiler

Nombre de la empresa / propietario: _____

Teléfono de la empresa / propietario: _____

Dirección de la empresa / propietario: _____

Correo electrónico de la empresa / propietario (si lo sabe): _____

Número de cuenta o dirección de la unidad de alquiler: _____

Pago atrasado: _____

Monto de cargo actual: _____

Asistencia para el pago de lotes / terrenos de casas móviles o fabricadas

Nombre del propietario / gerente: _____

Nombre de contacto del propietario / gerente: _____

Teléfono del propietario / gerente: _____

Dirección del propietario / gerente: _____

Correo electrónico del propietario / gerente: _____

Número de cuenta o dirección del lote: _____

Pago atrasado: _____

Monto de cargo actual: _____

Asistencia de alquiler de casas móviles o prefabricadas

Nombre del propietario / gerente: _____

Nombre de contacto del propietario / gerente: _____

Teléfono del propietario / gerente: _____

Dirección del propietario / gerente: _____

Correo electrónico del propietario / gerente: _____

Número de cuenta o dirección del lote: _____

Pago atrasado: _____

Monto de cargo actual: _____

Asistencia para préstamos para viviendas móviles o fabricadas

Nombre del administrador de préstamos: _____

Nombre de contacto del administrador _____

Teléfono del administrador: _____

Dirección del administrador: _____

Correo electrónico del administrador: _____

Número de cuenta o dirección de la unidad: _____

Pago atrasado: _____

Monto de cargo actual: _____

Asistencia para la primera hipoteca

Nombre del administrador de la primera hipoteca: _____

Teléfono del administrador de la primera hipoteca: _____

Número de cuenta de la primera hipoteca: _____

Nombre del prestatario 1 de la primera hipoteca: _____

Nombres de prestatarios adicionales de la primera hipoteca: _____

Dirección de propiedad: _____

Saldo actual impago del principal de la primera hipoteca: _____

Fecha de la declaración de la primera hipoteca: _____

Pago mensual total de la primera hipoteca: _____

Pago del depósito en garantía de la primera hipoteca: _____

Pago del seguro de la primera hipotecario: _____

Asistencia para la segunda hipoteca

Nombre del administrador de la segunda hipoteca: _____

Teléfono del administrador de la segunda hipoteca: _____

Número de cuenta de la segunda hipoteca: _____

Nombre del prestatario 1 de la segunda hipoteca: _____

Nombres de prestatarios adicionales de la segunda hipoteca: _____

Dirección de propiedad: _____

Saldo actual impago del principal de la segunda hipoteca: _____

Fecha de la declaración de la segunda hipoteca: _____

Pago mensual total de la segunda hipoteca: _____

Pago del depósito en garantía de la segunda hipoteca: _____

Asistencia para el pago de contratos de bienes raíces

Nombre del prestatario 1 del contrato de bienes raíces: _____

Comprador(es) de contratos de bienes raíces adicionales. Nombres: _____

Número de cuenta de depósito en garantía para el contrato de bienes raíces: _____

Dirección de propiedad: _____

Saldo actual impago del principal del contrato de bienes raíces: _____

Fecha de la declaración del contrato de bienes raíces: _____

Pago mensual total del contrato de bienes raíces: _____

Nombre de la empresa de depósito en garantía: _____

Dirección de la empresa de depósito de garantía: _____

Teléfono de la empresa de depósito de garantía: _____

Email de la empresa de depósito de garantía: _____

ACUERDO / CERTIFICACIÓN DE PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA:

Yo / nosotros suscribimos por la presente autorizamos la investigación y verificación para divulgar sin responsabilidad, información sobre vivienda, ingresos y activos a MFA con el propósito de verificar información en mi / nuestra solicitud.

Entiendo / entendemos que puede ser necesaria información previa o actual sobre mí / nosotros. Las verificaciones y consultas que se pueden solicitar incluyen, entre otras, la identidad personal, el empleo, los ingresos, los bienes y la vivienda. Yo / nosotros entendemos que esta autorización no se puede utilizar para obtener información sobre mí / nosotros que no sea pertinente para mi elegibilidad y participación continua como solicitante calificado.

Yo / nosotros certificamos que esta información es completa y precisa y que he proporcionado documentación de respaldo como parte de esta solicitud.

Yo / nosotros certificamos que la información proporcionada relacionada con la composición del hogar, los ingresos y activos anuales del hogar, las dificultades financieras debido a la crisis de salud COVID-19 y la necesidad de asistencia con los costos de vivienda es correcta.

Certifico / certificamos que la vivienda para la cual estoy / estamos solicitando asistencia es mi / nuestra residencia principal.

Yo / nosotros certificamos que yo / nosotros no ocupamos la misma vivienda que el / los proveedor (es) de vivienda enumerados en el (los) contrato (s).

Certifico / certificamos que estaba / estábamos al día con mis / nuestros pagos a mi / nuestros proveedores de vivienda al 28 de febrero de 2020.

Certifico / certificamos que no puedo / no podemos recibir, y no he recibido, otros beneficios o asistencia federales o no federales para los mismos costos de vivienda durante el mismo período de tiempo para el cual se solicita la asistencia, y que Si recibo / recibimos dicha asistencia, reembolsaremos los fondos duplicados a MFA.

Yo / nosotros entendemos que es la intención del Programa de COVID-19 para asistencia de costos de vivienda de MFA desembolsar fondos a los proveedores de vivienda en nombre de los solicitantes. Cualquier pago de vivienda recibido bajo este programa debe aplicarse solo a los pagos de vivienda que vencen a partir del 1 de marzo de 2020, y yo / nosotros asumimos la responsabilidad de asegurar que mi / nuestros proveedores de vivienda apliquen los pagos de vivienda recibidos de este programa. a los meses aplicables aprobados por MFA.

Yo / nosotros hemos leído y entendido las declaraciones de condiciones y calificaciones generales anteriores. Yo / nosotros entendemos además que cualquier omisión, tergiversación, inexactitudes, eliminaciones, falsificaciones u otras acciones que provoquen que mi / nuestro no cumpla con los requisitos del programa, someterá mi / nuestra solicitud a la cancelación inmediata y provocará que los fondos desembolsados sean inmediatamente vencido y pagadero y puede causar más acciones legales si se justifica.

CERTIFICACIÓN Y DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS ACUERDO DE SUBROGACIÓN: Yo / Nosotros certificamos además, bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de Nuevo México, que yo / nosotros no podemos recibir,

y no hemos recibido, beneficios duplicados, definidos como otros beneficios o asistencia federales o no federales por los mismos costos de vivienda para el mismo período de tiempo durante el cual se solicita o recibe asistencia. En el caso de que yo / nosotros recibamos dicha asistencia duplicada, acepto / aceptamos la responsabilidad de notificar inmediatamente a MFA de tales montos adicionales y entiendo que MFA, a su sola discreción, determinará si dichos montos adicionales constituyen una duplicación de beneficios que serán reembolsados a MFA. Por la presente, yo / nosotros asignamos a MFA todos mis / nuestros derechos futuros de reembolso y todos los pagos recibidos de cualquier subvención, préstamo subsidiado o asistencia en virtud de cualquier programa de asistencia para la vivienda que se determine, a discreción exclusiva de MFA, que es una duplicación de beneficios. Yo / nosotros certificamos además que, después de la concesión de la asistencia de vivienda de MFA, no perseguiremos otros beneficios federales o no federales por los mismos costos de vivienda durante el mismo período de tiempo para el cual se otorgará la asistencia. Yo / nosotros aceptamos ejecutar documentos e instrumentos adicionales y adicionales según lo requiera MFA para asignar mejor y más a MFA cualquier monto recibido que MFA determine que constituye una duplicación de beneficios. Permitimos / permitimos explícitamente que MFA solicite a cualquier organización a la que yo / nosotros hemos solicitado o estoy / estamos recibiendo asistencia, cualquier información no pública o confidencial que MFA determine que es razonablemente necesaria para monitorear y hacer cumplir su interés en los derechos asignados a él bajo este Acuerdo de Certificación y Duplicación de Beneficios y dar mi / nuestro consentimiento a dicha compañía u organización para divulgar dicha información a MFA. Yo / nosotros entendemos que además, antes de la emisión de la compensación, el propietario / administrador de mi / nuestra unidad de vivienda también certificará que no ha recibido el pago por los mismos costos por el mismo período para el cual se otorgará la asistencia.

Entiendo / entendemos que la información recopilada sobre mí o mi hogar podría compartirse con entidades gubernamentales y otros, incluido MFA; el Departamento de Finanzas y Administración de Nuevo México; agencias comunitarias financiadas con recursos estatales, federales y locales que ayudan a proporcionar asistencia para el alquiler; mi / nuestro propietario / administrador de la propiedad; y otros con quienes MFA considere necesario compartir información para poder administrar y evaluar de manera efectiva la efectividad del programa. Yo / Nosotros entendemos que esta información también podría ser compartida por orden judicial o solicitud bajo la Ley de Inspección de Registros Públicos de Nuevo México o ser proporcionada a un auditor. Entiendo / entendemos que no estoy / estamos obligados legalmente a proporcionar la información solicitada, pero que si no proporcionamos la información solicitada, es posible que no podamos recibir asistencia para el alquiler.

Yo/ nosotros entendemos además que la información proporcionada en la solicitud está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. Establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos. HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o uso indebido de la información recopilada según el formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada en base a este formulario de verificación está restringido a los fines mencionados anteriormente. Cualquier persona que, a sabiendas o voluntariamente, solicite, obtenga o divulgue cualquier información de forma falsa sobre un solicitante o participante puede ser objeto de un delito menor y recibir una multa de no más de \$ 5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y buscar otro resarcimiento, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o uso indebido. Las disposiciones sobre sanciones por el uso indebido del número de seguro social están contenidas en la Ley de Seguro Social en 208 (a) (6), (7) y (8). La violación de estas disposiciones se cita como violaciones a 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7) y (8).

Firma del solicitante, nombre en letra de imprenta y fecha		
Firma	Nombre impreso	Fecha

LISTA DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDOS

REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN:

Se debe fotocopiar y adjuntar los siguientes documentos a su solicitud. No envíe originales. No se devolverán documentos.

Documentación de ingresos del hogar (no se aplica a los residentes de tierras tribales):


Proporcione los elementos solicitados a continuación, si corresponde a su hogar para todos los miembros del hogar. Para cada adulto en el hogar de 18 años o más, presente la documentación de respaldo correspondiente a cada tipo de ingreso indicado en la solicitud del programa. Si es necesario, el formulario de Verificación de ingresos o Reducción de horas / Pago se puede encontrar en el Apéndice A (p. 13-14).

<i>Fuente de ingresos</i>	<i>Documentación aceptable</i>
Salarios laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Tres talones de cheque de pago actuales o • Formulario o carta firmada por el empleador que confirme los salarios o • Verificación de ingresos o reducción de horas / formulario de pago
Trabajo por cuenta propia	<ul style="list-style-type: none"> • Estado (s) de pérdidas y ganancias de los tres meses más recientes
Ingresos netos por alquiler, ingresos de activos que devengan intereses, ingresos por regalías, intereses de herencias y fideicomisos	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración más reciente
Seguro social, pensiones, beneficios de jubilación, anualidades, discapacidad, o fallecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficios actual
Seguro de desempleo, indemnización laboral, indemnización por despido	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficios actual o • Tres declaraciones más recientes
Cualquier pago de asistencia pública (Asistencia General o TANF) de la oficina de apoyo a los ingresos estatal o local	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficios actual
Manutención infantil, manutención familiar, pensión alimenticia	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficios actual
Las fuerzas armadas pagan	<ul style="list-style-type: none"> • Dos declaraciones más recientes

Documentos de costo de la vivienda

Proporcione solo la documentación que se aplique al tipo de asistencia para el costo de la vivienda que se solicita.

<i>Tipo de asistencia</i>	<i>Documentacion requerido</i>
Asistencia de alquiler	<ul style="list-style-type: none">• Arrendamiento actual o vencido y• Evidencia de mora en el costo de la vivienda y saldo total adeudado:<ul style="list-style-type: none">○ Libro mayor de residentes o○ Aviso de impago del alquiler o○ Monto del pago del aviso actual y saldo adeudado
Asistencia para el pago de lotes / terrenos de casas móviles o prefabricadas	<ul style="list-style-type: none">• Acuerdo actual de pago de lote / terreno para casas móviles / prefabricadas y• Evidencia de mora en el costo de la vivienda y saldo total adeudado:<ul style="list-style-type: none">○ Libro mayor de residentes o○ Aviso de impago del alquiler o○ Aviso de pago actual monto y saldo adeudado
Asistencia de alquiler de casas móviles o prefabricadas	<ul style="list-style-type: none">• Contrato de arrendamiento actual o vencido y• Evidencia de mora en el costo de la vivienda y saldo total adeudado:<ul style="list-style-type: none">○ Libro mayor de residentes o○ Aviso de impago del alquiler o○ Aviso de pago actual monto y saldo adeudado
Asistencia con préstamos para viviendas móviles o prefabricadas	Evidencia de morosidad en el costo de la vivienda y saldo total adeudado: <ul style="list-style-type: none">• Cupón o estado de cuenta actual para casas móviles o prefabricadas
Asistencia hipotecaria	Evidencia de morosidad en el costo de la vivienda y saldo total adeudado: <ul style="list-style-type: none">• Factura / estado de cuenta / aviso de atraso actual de la hipoteca sin redactar del administrador
Asistencia para el pago de contratos de bienes raíces	<ul style="list-style-type: none">• Contrato de contratos de bienes raíces ejecutado y contrato de depósito en garantía y• Evidencia de morosidad en el costo de la vivienda y saldo total adeudado:<ul style="list-style-type: none">○ Estado de cuenta de pago en garantía actual o○ Aviso de saldo adeudado



Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos de la solicitud, llame al 505.308.4206 o al 866.488.0498.

Las solicitudes completas pueden enviarse por correo o dejarse en:

New Mexico Mortgage Finance
Authority 344 4th St SW
Albuquerque, NM 87102

Las solicitudes completas también se pueden enviarse por fax a:

New Mexico Mortgage Finance
Authority
Atten: COVID-19 Housing Cost
Assistance Program
505-242-2766

Programa de COVID-19 para costo de vivienda
VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y / O REDUCCIÓN DE HORAS / PAGO

Al empleador: _____ Fecha: _____

Del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

He presentado una solicitud para el Programa de COVID-19 para costo de vivienda. He autorizado al programa a obtener una verificación de mis ingresos (y / o) reducción de horas y / o pago debido a la crisis de salud COVID-19 de su parte. Para que se determine mi elegibilidad, MFA debe verificar todos mis ingresos. La información solicitada es solo para uso confidencial del programa MFA y del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (HUD).

Yo / nosotros entendemos además que la información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos. HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por divulgaciones no autorizadas o uso indebido de la información recopilada según el formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada en base a este formulario de verificación está restringido a los fines mencionados anteriormente. Cualquier persona que, a sabiendas o voluntariamente, solicite, obtenga o divulgue cualquier información de forma falsa sobre un solicitante o participante puede ser objeto de un delito menor y recibir una multa de no más de \$ 5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede entablar una acción civil por daños y buscar otra reparación, según corresponda, contra el funcionario o empleado de HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o uso indebido. Las disposiciones sobre sanciones por el uso indebido del número de seguro social están contenidas en la Ley de Seguro Social en 208 (a) (6), (7) y (8). La violación de estas disposiciones se cita como violaciones a 42 U.S.C. 408 (a) (6), (7) y (8).

Firma del solicitante

Fecha

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Responda todas las preguntas a continuación. Si no responde a todas las preguntas, se requerirán más aclaraciones.

Nombre de empleado: _____ Cargo: _____

Fechas de empleo: Desde _____ Hasta _____

Tipo de empleo: Permanente Temporal Estacional Intermitente

Probabilidad de empleo continuado: _____

TASA DE PAGO ACTUAL:

Estimado, si no se paga realmente por horas, meses o años:

Hora \$ _____; Mensual \$ _____; o Anualmente \$ _____

Compensación adicional: (cantidades reales recibidas en los últimos 12 meses)

Tiempo extraordinario: \$ ____ por _____; Propinas \$ ____ por _____;

Comisiones, bonificaciones: \$ _____ por _____;

CAMBIO DE TASA DE PAGO:

Para pago y / o reducción de horas: estimado, si no se paga realmente por hora, mes o año:

REDUCCIÓN DE LA TASA DE PAGO: estimado si no real

Tasa de pago anterior a partir de: _____

Hora \$ _____; Mensual \$ _____; o Anualmente \$ _____

Nueva tasa de pago a partir de _____

Hora \$ _____; Mensual \$ _____; o Anualmente \$ _____

REDUCCIÓN DE HORAS TRABAJADAS: estimado si no real

Horas regulares trabajadas a partir de _____:

Hora por día _____; semana _____; o mes _____

Nuevas horas regulares trabajadas a partir de _____:

Hora por día _____; semana _____; o mes _____

Firma

Fecha

Nombre impreso

Título