

关于应急租赁补助计划 (ERAP) 的重新认证

需要重新认证的人是谁? 房客 房东 (代表房客)

房客信息			
姓氏	名字		SSN 码 (社会安全码) (选填)
地址	城市	邮编	国家
电话	电子邮箱地址 (如果可用的话)		日期
住户: 成人数量 _____ 18 岁以下未成年人数量 _____			
您家中是否有人遇到了经济困难 (包括但不限于失业、家庭收入减少或家庭成本增加)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
这种经济困难是否在患 COVID-19 期间发生, 或直接/间接因为 COVID-19 造成? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您家中是否有人面临无家可归或无固定住所的风险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
在过去 12 个月内, 家庭中是否有人获得过租金/公用事业补助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 过去 12 个月内是否有人在宾夕法尼亚州获得紧急租赁补助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果否, 请停止并点击完成 ERAP 申请表。			
自从您上次接受 ERAP 福利后, 您是否搬到了不同的郡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 您在哪个郡接受 ERAP? _____			

房东或物业经理信息			
物业管理公司 (如适用)			
姓氏	名字		税号或 SSN 码
地址	城市		邮编
电话	电子邮箱地址		

租户家庭收入
请告诉我们您家中任何 18 岁或以上的人的收入情况。

您是否提供了去年的纳税申报表，以核实过去 12 个月内您的 ERAP 申请中所有个人的收入？

是 否

请告诉我们您家中年满 18 岁或以上的任何个人的收入。

您家有人有收入吗？ 是 否

如果是，请转到**租户家庭开支表**。如果否，请勾选所有适用项并列出您家庭中任何 18 岁或 18 岁以上个人的收入。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 佣金
<input type="checkbox"/> 分红
<input type="checkbox"/> 博彩收入
<input type="checkbox"/> 监护人费用
<input type="checkbox"/> 儿童看护工资
<input type="checkbox"/> 培训收入
<input type="checkbox"/> 贷款所得 | <input type="checkbox"/> 租金收入
<input type="checkbox"/> 食宿收费
<input type="checkbox"/> 退休金
<input type="checkbox"/> 个体经营所得
<input type="checkbox"/> 病假工资
<input type="checkbox"/> 社保福利
<input type="checkbox"/> 补充保障收入 (SSI) | <input type="checkbox"/> 支持金
<input type="checkbox"/> 失业金
<input type="checkbox"/> 工会薪酬
<input type="checkbox"/> 退伍军人福利
<input type="checkbox"/> 就业工资
<input type="checkbox"/> 工伤补偿保险
<input type="checkbox"/> 其他: _____ |
|--|--|--|

获得收入者的姓名	收入类型/来源/雇主名称	收入/工资: 金额是多少?	支付频率	最近付款日期

租户家庭开支

租金	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
电	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
燃气	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
汽油	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
丙烷	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
煤/木材/其他	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
垃圾处理	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
水/下水道处理	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元
其他 (解释如下) :	供应商 _____	每月 _____	美元	欠款 _____	美元

附注:

权利和责任

不受歧视的权利

本机构禁止基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及在某些情况下基于宗教或政治信仰的歧视。

若残障人士需通过其他沟通方式（如盲文、大字体、录音带、美国手语等）以获取计划信息，应与他们申请福利的（州或当地）机构联络。此外，计划信息会推出英语以外的其他语言版本。

如果要就联邦财政补贴计划向美国卫生与公众服务部提出歧视投诉，请通过以下方式：

如要提出有关歧视的投诉，请写信至：

U.S. Department of the Treasury,
Director, Office of Civil Rights and Diversity,
1500 Pennsylvania Avenue, N.W.,
Washington, DC 20220;
或可致电 (202) 622-1160;
或发电子邮件至: crcomplaints@treasury.gov

本机构将提供平等的机会。

保密权我们将对您的信息保密。

它只会被用来决定您有资格加入哪些计划。任何人故意违反本部门的任何规则和条例，将处轻罪，一经定罪，将被判处一百美元 (\$100) 以下罚款或六个月以下监禁，或两种处罚并举（《刑法典》第 62 篇第 483 条）。

提供信息的责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须协助证明您提供的信息。如果您不能提供特定的证明，可能无法获取福利。如果公众服务部 (DHS) 或州监察长办公室联系您，您必须尽力配合相关人士或调查人员的工作。

隐私法案声明

收集这些信息，包括每个家庭成员的社会安全码 (SSN)，是根据《美国法典》第 42 篇第 405(c)(2)(C)(i-iv)条和《刑法典》第 62 篇第 432.2(b)(3) 条获得授权。

这些信息将用于认定您的家庭是否有资格或继续有资格参加紧急租房补贴计划。我们将通过电脑比对程序来核实这些信息。此信息也将用于监督计划法规的遵守情况和计划管理。

这些信息可能会被披露给其他联邦和州的机构以进行官方检查，或出于抓捕逃犯的目的被提供给执法官员。如果未能提供正确的 SSN 码，该申请者的紧急租房补贴申请可能会被拒绝。所提供的任何 SSN 码将以与合格家庭成员的 SSN 码相同的方式进行使用和披露。如果有人获得 SSN 码方面需要帮助，请通过以下方式：

(1) 致电：1-800-772-1213 或 1-800-325-0778 (文字电话)；

(2) 在线访问：www.ssa.gov。

异议权

如果您认为某项决定不公平或不正确，或者如果提供者没有对您的福利申请采取行动，您有权向提出异议或申请召开听证会。

您可根据所在县 ERAP 机构提供的资格鉴定通知书所载信息，通过县级机构提出上诉。

若提出上诉，您还可要求在听证之前与该 ERAP 机构召开会议。

您可以代表自己出席听证会，也可以由其他人，如律师、朋友或亲属担任您的代表。

证明/认证

本人理解并同意，本人对本申请书上的任何欺诈性陈述负责，即使本申请书由他人代表本人提交。本人证明所填写的所有信息均属真实，否则将受伪证罪处罚。本人理解，本申请中填写的信息将被保密，并仅用于管理福利。本人理解，作为批准获得补贴的条件，本人可能被要求配合其他机构的工作。本人同意在接到要求时，提供所需的任何其他文件（如工资单、租约、近期账单、失业证明等），以帮助认定资格。

签名-租户

打印体姓名-租户

签名-房东（只适用于由房东填写的表格）

打印体姓名-房东（只适用于由房东填写的表格）

信息公开授权书（仅供租户填写）

本人特此授权并要求向县政府办公室披露有关本人年龄、居住地、公民身份、就业、收入以及任何涉及本人租房和公用事业费用补贴计划资格的其他信息。本人理解，所获信息将仅用于租房/公用事业费用补贴或其他住房补贴计划的资格确定。

租户签名

日期

打印体姓名-租户

ERAP Agency Use Only

Authorization Information: Approved Denied Date: _____

Type(s) of Assistance Provided:

Rental Assistance Rental Arrears Housing Stability Services Utility Assistance Utility Arrears
 Other

Amount of Assistance:

Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____ Other \$ _____

Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____

Number of months covered with: Rental Assistance _____ Rental Arrears _____ Utility Assistance _____ Utility Arrears _____

Household Income Level:

Does not exceed 30 percent of the area median income for the household
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: Used annual calculation for eligibility Used monthly income at time of application
 Categorically Eligible Fact Specific Proxy Self-Attestation