EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE

1. In order to qualify for the ERA Program, you must be able to answer "Yes" to one of the following questions:

a. Have you or someone in the household qualified for unemployment benefits due to the COVID-19 pandemic?

___Yes
___No

b. Have you or someone in the household experienced a reduction in household income?

___Yes
___No

c. Have you incurred significant costs or experienced other financial hardship due, directly or indirectly, to the COVID-19 pandemic?

___Yes
___No

2. Please demonstrate, through documentation, that you are at risk of experiencing homelessness or housing instability (e.g. past due utility bill or rent notice or eviction notice; unsafe or unhealthy living conditions; or any other evidence of such risk).

You must submit at least one of the following documents:

- Most recent Form 1040
- Most recent W-2
- Unemployment compensation statement
- Pay stubs (for the last two months)
- Another form of annual or monthly income verification (if monthly, for the last two months)

3. Are you or anyone else in your household currently receiving any other federally funded rental assistance? (For example: Section 8 Voucher, ARFresh Start Funding, or any other recent COVID-19 related funding)

___Yes
___No

SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY

EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE

PREFERENCE TO THOSE BELOW 50% NATIONAL MEDIAN INCOME

SEE ATTACHED INCOME LIMIT

Name _____ Date _____

☐ **RENT** ☐ **UTILITIES**

Po Box 2085, Springdale, AR 72765-2085

Phone (479)751-0560 Fax: (479)756-8059

TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Office Hours: Monday Through Friday 7:30 AM- 4:30 PM.
Closed from 12:00-1:00pm for lunch

(For a waiver to this policy please call 479-751-0560 xt 200)
Please provide all documents listed below that apply to your family. The documents may be copied in our office at no charge to you.
All members in the family must have (if applicable):

	Social Security Card		LANDLORD INFORMATION REQUIRED:
	Picture ID		Landlord
	Income Information		W-9 OR Social Security Number - landlord
	Income		Statement from Landlord of Amount Due
	Adult Family Members (over 18 yrs)		
	Employment		UTILITY COMPANY:
	Check Stubs		Cut off notice or amount due for each utility company
	Employer Statement (s)		
	Most recent tax return		
	Benefit Income		
	Unemployment		
	Social Security		
	SSI/ Other Disability Income		
	Pensions/Retirement		
	Child Support		
	Alimony		
	Public Assistance		
	Other Income		
	Monetary support from family		
	Self-Employment		

If you or anyone in your household is a person with disabilities, and you require a specific accommodation in order to fully utilize our programs and services, please contact the Housing Authority. Si necesita ayuda para entender este documento, puede venir o llamar a la oficina para la asistencia. (479)751-0560 . If you need help understanding this document you can come to the office or call for assistance at (479) 751-0560 Elañe kwe ak ro uaan bamle eo elõñ disabilities iben im kwoj aikuij talepen jiban ko iloan programs im service eo, jouj im kebaak office eo ak call e 479-751-0560

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY

Po Box 2085
Springdale, AR 72765-2085
Phone (479)751-0560 Fax: (479)756-8059
TTY/TDD 800-285-1131 o 711

How do we contact you?

Please Print:

Name:_____

Current physical address:_____

_____

City/State/Zip Code:_____

_____

Telephone number:_____

Alternate Message Phone Number:_____

Current Mailing address:_____

_____

Email address:_____

Income Limits

PERSONS IN FAMILY	30% AMI	50% AMI	80% AMI
1	$15,500	$25,800	$41,250
2	$17,700	$29,450	$47,150
3	$21,720	$33,150	$53,050
4	$26,200	$36,800	$58,900
5	$30,680	$39,750	$63,650
6	$35,160	$42,700	$68,350
7	$39,640	$45,650	$73,050
8	**$44,120**	**$48,600**	**$77,750**

Springdale Housing Authority Application for Admission

Part A: Information about Members of the Household

List all persons age 18 or older (Head/ Spouse/ Cohead regardless of age) who will be living in the home, beginning with the head of household. Each box must be completed for each member. No one except those listed in this form may live in the unit.

Name	Relation to head		Gender		Date of Birth	Soc. Security # HEAD ONLY

Springdale Housing Authority

Race and ethnicity of head of household

Race: Check the appropriate race. (More than one category can be entered if applicable)

☐ White	☐ Black /African American	☐ American Indian/ Alaskan Native
☐ Asian	☐ Native Hawaiian/ Other Pacific Islander	

Ethnicity: Mark applicable ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Springdale Housing Authority Application for Emergency Rental Assistance

Contact Information: List names, addresses, and telephone numbers

Part B: Present Housing Information.

List your current address and landlord information.

1.Current Landlord:_____ Phone:_____

Address:_____

CityState/Zip: _____

Landlord E-mail address:_____

Tenant:

Amount of Rent: _____ How Long: _____

Amount of Rent in Arrears:_____ How Many Months: _____

Type/Provider of Utilities – Amount in Arrears:

Gas:_____

Electric:_____

Water:_____ Sewer:_____

Springdale Housing Authority
EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE

1. List the sources and amounts of all income (money) expected for the coming 12 months for all family members from any and all sources.

Family member name	Income source	Amount $	Frequency- (Circle one)
			Week Month Year
			Week Month Year
			Week Month Year
			Week Month Year
			Week Month Year
			Week Month Year

Springdale Housing Authority
EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE

1. Indicate the dollar amount for your monthly living expenses as listed below:

Item	Monthly Amount	Last Date Paid	Paid By Whom
Rent	$		
Electricity	$		
Gas	$		
Water	$		
	$		
	$		

Springdale Housing Authority

EMERGENCY RENTAL ASSISTANCE

APPLICANT CERTIFICATION

I hereby certify that all of the information I have provided on this application is true and complete. I also understand that any person who attempts to obtain housing assistance or utility assistance by making false statements, by impersonation, by failure to disclose or intentionally concealing information, or any act of assistance to such attempt is a crime under federal and state law. **I give Springdale Housing Authority permission to contact my landlord and my utility companies regarding my accounts to discuss any amounts past due or future amounts due.**

Warning: *Title 18, Section 1001 of the United States Code states that a person is guilty of a Felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department or agency Of the United States and shall be fined not more than $10,000 or imprisoned for not more than five years*

_____ _____

Signature of Head of Household Date

_____ _____

Signature of spouse or co-head Date

Certification of PHA representative

I hereby certify by my signature that I have explained all questions on this application form and reviewed the answers provided with the head of household to ensure that these questions were fully understood and fully answered.

_____ _____

Signature of PHA Representative Date

FOR LANDLORD

INFORMATION REQUIRED

1. Landlord Name_____
2. Address_____
3. W-9 __Please attach W-9 and return to Housing Authority
4. Statement of Client Arrears:
    a. Client Name_____
    b. Monthly Rent_____
    c. Number of Months in Arrears:_____

Landlord Signature_____

Return to Springdale Housing Authority:

E-mail: reception@springdaleha.org

Fax: 479-756-8059

Mail: P.O. Box 2085 Springdale, AR 72765

In Person: 5 Applegate Drive, Springdale, AR

IALEN JIBAN ILO IDIN IKUEN RENT

1. Kwon mok uwaak juon wot iaan kajjitok kein ilal:

a. Emoj ke kwe, ak juon uwaan baamle eo am, jibwe jaan in unemployment kin naninmej in elap (pandemic eo)?

- Aaet
- Jaab
-

b. Emoj ke kwe, ak juon uwaan baamle eo am, lo bwe e kijon diklok jaan kwoj bok e ak elap lok onean aikuij ko am (expenses ko) kin naninmej in elap (pandemic eo)?

- Aaet
- Jaab
-

c. Emoj ke kwe, ak juon uwaan baamle eo am, lo bwe naninmej in elap (pandemic eo) ear komman bwe e jab bwe jaan ilo jabdewot waween?

- Aaet
- Jaab

2. Jouj im kwalok, kin elon kein kamool (documents), bwe kwo kilne kwo naaj jako jen mweo imom ak enaaj pen am lo jaan nan am jokwe wot ilo mweo imom. Kwon mok uploade kein kamool ko (documentation) me rej kamool bwe kwo kilne bwe kwo nanin jako jen mweo imom ak e pen am lo jaan nan jokwe wot ilo mweo imom (ilo waanjonak, bill in jarom im daan im kwo janin kollaiki, kajela kin onean rent, kajela in kadiwojlok yuk jan mweo imom ak apartment eo am, jekjekin mweo imom ak apartment me e komman bwe e kauwatata am jokwe ie ak e jab emman nan ajmuur eo am, ak jabdewot bar kein kamool bwe ejab emman kajjeim ilo jikin jokwe eo am)

3. Jouj im kwalok jonan jaan ko im baamle eo am ej bok ilo juon iio im oran baamle eo am.

a. Kwon jouj im kaalot nomba eo me ej kwalok oran armej ro ilo mweo imom
b. Kwon jouj im kaalot numba eo me ej kwalok jonan jaan ko im baamle eo am ear boki ilo kar 2020
c. Kwon jouj im kaalot nomba eo me ej kwalok jonan jaan ko (onan jerbal) im baamle eo am ej boke kajjojo allon

4. Kwe ak bar juon ilo baamle eo am rej ke bok kiio jabdewot kain jipan jen program ko an Kien America me rej jipan kin onean rent?

- Aaet
- Jaab

SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY

IALEN JIBAN ILO IDIN IKIJEN RENT

NAN RO REJ ILAL IN 50% in income eo, JOUJ IM LALE KAKOBABA in INCOME LIMIT EO

Etam _____ Raan _____

☐ **RENT** ☐ **Woneen bills (UTILITIES)**

Po Box 2085, Springdale, AR 72765-2085

Phone (479)751-0560 Fax: (479)756-8059

TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Awa ko an Opiij eo: Monday ñan Friday 7:30 AM- 4:30 PM.
Kilōk ilo 12:00-1:00pm ñan mōña in ralep

(Ñan jab lọọr lajraak in jouj im kūrtok nōmba in 479-751-0560 ilo ext 200)
Jouj im buktok aolepen melele kein ilal an bamle eo. Melele kein am ilal kemij maroñ kōman waj copy ilo ejelok wōnaan.

Aolep ro uaan bamle ej aikuij wōr men kein (elañe emaroñ):

	Pepa in Lotak		
	Social Security Card		Melele ko kemij aikuiji jen LANDLORD EO. • Landlord • W-9 ak Social Secrity Number • Jete jōnan Rent eo ej aikuijj kolla
	ID eo ewōr pijaim		
	Melele kin Income eo am (check stubs)		
	Income		Nan UTILITY: Bill eo ej kwalok ke ej bojak in KUN ak jonan jaan eo ej aikuij kolla nan kajojo jikin kolla bills ko.
	Ritto ro rej ro (18 iio drettan loñlok)		
	Jikin jerbal eo		
	Check Stubs		
	Employer Statement (s)		
	Tax Return eo am(Income eo)		
	Melele kin Benefit ko am ikijen		
	Unemployment		
	Social Security		
	SSI/ Other Disability Income		
	Pensions/Retirement		
	Child Support		
	Alimony		
	Public Assistance		
	Income ko am jet		
	Elañe kwoj ebbok jibañ jen bamle ko		
	Jerbal nan yuk make		

If you or anyone in your household is a person with disabilities, and you require a specific accommodation in order to fully utilize our programs and services, please contact the Housing Authority. Si necesita ayuda para entender este documento, puede venir o llamar a la oficina para la asistencia. (479)751-0560 . If you need help understanding this document you can come to the office or call for assistance at (479) 751-0560 Elañe kwe ak ro uaan bamle eo ewõr am nañinmej ilo anbwin, im kwõj aikuiji jet karõk ko ñañ am maroñ kõjerbal talepen program im service ko, jouj im kepaak opiij eo an Housing Authority ilo (479)751-0560

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY

Po Box 2085
Springdale, AR 72765-2085
Phone (479)751-0560 Fax: (479)756-8059
TTY/TDD 800-285-1131 o 711

Ewi waween tõbar yuk?

Jouj im Print:

Etam: _____

Physical Atreej eo am: _____

_____

City/State/Zip Code: _____

_____

Telepoon number eo am: _____

Juõn bar nõmba eo jej maroñ tõbar yuk ie Nõmba:

_____

Mailing Atreej eo am kio : _____

_____

City/ State/Zip Code: _____

Email eo am: _____

INCOME LIMITS			
ORAN armij ilo bamle eo	**30%AMI**	**50%**	**80%**
1 armij	**$15,500**	**$25,800**	**$41,250**
2 armij	**$17,700**	**$29,450**	**$47,150**
3 armij	**$21,720**	**$33,150**	**$53,050**
4 armij	**$26,200**	**$36,800**	**$58,900**
5 armij	**$30,680**	**$39,750**	**$63,650**
6 armij	**$35,160**	**$42,700**	**$68,350**
7armij	**$39,640**	**$45,650**	**$73,050**
8 armij	**$44,120**	**$48,600**	**$77,750**

Part A: Melele ko kin ro uwaan bamle eo

Dror etan aolep ro rej jokwe ilo mweo, jino jen armij eo ej jeban bamle eo. Kajojo box kein rej aikuij kanne ekar nan uwaan bamle eo.

Etam	Kadkadim ñan armij eo ej jeban bamle eo			Sex M/ F	Raan in Lotak	Soc. Security nomba eo an Armij eo ej jeban bamle eo wot

Armij in ia armij eo ej jebaan bamle eo

Race: Check e box eo ej kwalok kadkadim. (kwe maroñ check elõnlok jen juõn ñe ekkar)

- ☐ White
- ☐ Black /African American
- ☐ American Indian/ Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Native Hawaiian/ Other Pacific Islander

Ethnicity: Mark e ñe kwõj ☐ Hispanic ak Latino ☐ Ejjab Hispanic ak Latino

Dror etan, atreej im telepoon nõmba ko.

Part B: Melele ko kin jikin jokwe eo am kio

Dror melele ko kin Landlord eo am:

Landlord eo am kio: _____ Telepoon: _____

Atreej: _____

CityState/Zip: _____

Drettan wõneen mweo: _____ Ewi Aetokin in am jokwe: _____

Jete eo kwoj likjab kake_____ Jete alloñ_____

Email eo an landlord eo: _____

Jekjek rot/ bill ta- im jete kwoj likjab kake

Kiaaj (Gas)_____

Jarom (Electric)_____

Draan (Water)_____

1. Likit etan im joñan income (jaan) ej bojak in dreloñ tok iloan 12 allõn nan aolep ro uwann mweo jen ijoko jabrewot rej bok jaan jone.

Etan bamle member eo	**Jikin jerbal ak ia**	**Joñan jaan eo**	**Emakijkij in- (Kelet juon)**
			Wiik Alloñ Yiio
			Wiik Alloñ Yiio
			Wiik Alloñ Yiio
			Wiik Alloñ Yiio
			Wiik Alloñ Yiio
			Wiik Alloñ Yiio

Springdale Housing Authority

Jibañ ikijen idiñ ko ikijen Rent

Kalikar jonan jaan eo ilo juon allon kwoj jolok nan e.

Elaajrak	Woneen ilo juon alloñ	Raan eo elikatat kwar kollaiki	Won eo ekar kollaiki
Woneen mweo (Rent)	$		
Jarom (Electricity)			
Kiaaj (Gas)			
Draan (Water)			

Application eo ñan Springdale Housing Authority

NAAN IN KAMOOL EO AN ARMIJ EO EJ KANNE

Ña ij kamool ke aolep melele ko iaar likit ilo applictation in rej dedelok im mool. Ña ij bareinwot mlelele ke jabrewot eo ej kajeon buk jibañ kein ikijen wõneen mweo(rent) ak wõneen bill ko (utilities) im dror melele ko rejjab mool, an make, im lo an jab dror ak nooj mlelele ko, ak jabrewot makitkit ko nae ialen jibañ kein ej juon KAKIEN eo ej pad iumin Federal im State Law; Ij kõmalim Springdale Housing Authority bwe en kepaak landlord eo aõ im company ko ikijen bills ko aõ ikijen accounts ko aõ ñan bõk melele ikijen joñan jaan ko iikar likjab ak ij likjab wot ie.

Naan in Kakõl eo: *Title 18, Section 1001 anUnited States Code kalikar ke juon armij enajj lõn diwõn Ilo an jela kake im make kwalok melele ko rejjab jimwe ñan jabrewõt department ak agency ko an United States im naj fined ejjab laplok jen $10,000 ak kalbuuj ejjab laplok jen lalem yiio ko.*

_____ _____

Signature eo an Armij eo ej Jeban bamle eo Raan

_____ _____

Signature eo an spouse ak co-head Raan

Certification eo ñan Rijerbal eo an PHA

Ña, ij sign i ijin ilal ke emõj aõ kõmeleleik aolep kajitok ko ilo application in, im etali uaak ko jen iban Armij eo ej jeban bamle eo ñan kalikar ke kajitok kein rekar kanuuj melele kaki ilo aer uaak i.

_____ _____

Signature eo an Rijerbal eo an PHA Raan

FOR LANDLORD

INFORMATION REQUIRED

1. Landlord Name_____
2. Address_____
3. W-9 __Please attach W-9 and return to Housing Authority
4. Statement of Client Arrears:
    a. Client Name_____
    b. Monthly Rent_____
    c. Number of Months in Arrears:_____

Landlord Signature_____

Return to Springdale Housing Authority:

E-mail: reception@springdaleha.org

Fax: 479-756-8059

Mail: P.O. Box 2085 Springdale, AR 72765

In Person: 5 Applegate Drive, Springdale, AR

ASISTENCIA DE ALQUILER DE EMERGENCIA

1. Para calificar por el programa ERA, tiene que contestar "Si" de unas de las siguientes 3 preguntas:

a. ¿Usted o alguien de su hogar ha calificado para recibir beneficios de desempleo como resultado de la pandemia de COVID-19?

___Si
___No

b. ¿Usted o alguien en su hogar ha experimentado una reducción en los ingresos?

___Si
___No

c. ¿Usted o alguien en el hogar ha experimentado otras dificultades financieras, directamente o indirectamente, como resultado de la pandemia de COVID-19

___Si
___No

2. Por favor, adjunta documentación para demostrar que ud. está en riesgo ser indigente o perder su habitación (i.e. documento del dueño de su casa que no ha pagado el alquiler, documento que demuestre riesgo de desalojo, facturas de servicios (agua, electricidad, y gas) vencidas, documentación que demuestra condiciones insalubre de vivencia, o cualquier otra documentación que demuestra tal riesgo)

Hay que añadir por lo menos uno de los siguientes documentos:

- Documento 1040 de los impuestos del año 2020
- Documento W-2 del año 2020
- Estado de cuenta de desempleo del estado de Arkansas
- Talones de pago de los últimos dos meses
- Otro documento que verifica su ingreso de forma mensual o anual (si escoge documentos de forma mensual, por favor adjunta documentos de los últimos dos meses.)

3. Usted o alguien en su casa está recibiendo asistencia para el pago de su renta por parte del Gobierno Federal? (Por ejemplo: Section 8 Voucher, ARFresh Start Funding, o otro fondos en relación de COVID-19)

`
___Si
___No

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY

ASISTENCIA DE EMERGENCIA DE VIVIENDA

PREFERENCIA A FAMILIAS POR DEBAJO DEL 50% DE INGRESO MEDIO NACIONAL

NOMBRE _____ FECHA _____

☐ **RENTA** ☐ **UTILIDADES**

PO Box 2085 Springdale, AR 72765-2085
Teléfono (479)751-0560 Fax: (479)756-8059 TTY/TDD 800285-1131 or 711

Horas de oficina: lunes a viernes de 7:30 AM- 4:30 PM.
Cerrado de 12:00-1:00pm para almorzar

Nosotros no aceptamos aplicaciones los viernes (For a waiver to this policy please call 479-751-0560 xt 200)

Lista de Documentos para adjuntar con su aplicación

PORFAVOR DE TRAER TODOS LOS DOCUMENTOS QUE APLIQUEN A USTED Y SU FAMILIA

Todos los miembros/as de la familia deben tener (Si aplica):

	TAREJETAS DE SEGURO SOCIAL	INFORMACION REQUERIDA SOBRE EL PROPRETARIO:
	IDENTIFICACION DE IMAGEN	Propietario
	INFORMACION DE INGRESOS	W-9 o Número de seguro social – Propietario
		Declaración o carta del propietario con su balance o atraso de renta
	PARA FAMILIARES MAYORES DE EDAD (18 PARA ARRIBA)	
	EMPLEO	COMPANIA DE UTILIDADES
	Talonarios de cheque	Aviso de apagado de companies de utilidades o cantidad mensual por cada utilidad
	Carta de trabajo	
	Declaracion de impuestos mas recientes	
	INGRESOS FOR BENEFICIOS	
	desempleo	
	Seguro Social	
	Ingresos por Discapacidad	
	Pensiones/ retiros	
	Manutencion de hijos	
	Pension Alimenticia	
	Asistencia publica	
	OTROS INGRESOS	
	Apoyo monetario de la familia	
	Empleo autonomo (autoempleado)	

Si usted o algún miembro de la familia es una persona con discapacidades, y usted necesita una acomodación especifica para utilizar nuestros programas a totalidad, y nuestros servicios, por favor contácte a la Housing Authority. Si necesita ayuda para comprender este documento, puede venir o llamar a la oficina para asistencia. (479) 751-0560. If you need help understanding this document you can come to the office or call for assistance at (479)751-0560 Elañe kwe ak ro uaan bamle eo elõñ disabilities iben im kwoj aikuij talepen jiban ko iloan programs im service eo, jouj im kebaak office eo ak call e 479-751-0560

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY SPRINGDALE HOUSING AUTHORITY
PO Box 2085 Springdale, AR 72765-2085
Teléfono (479)751-0560 Fax: (479)756-8059 TTY/TDD 800285-1131 o 711

¿Cómo le podemos contactar?

Por favor escriba:

Nombre:_____

Dirección física actual:_____

Ciudad/Estado/Código postal:_____

Número de teléfono:_____

Número de teléfono alternativo con correo de voz:_____

Dirección de correo postal actual:_____

Ciudad/ Estado/Código postal:_____

Correo Electronico: _____

Limite De Ingresos

Personas en familia	30% AMI	50% AMI	80% AMI
1	$15,500	$25,800	$41,250
2	$17,700	$29,450	$47,150
3	$21,720	$33,150	$53,050
4	$26,200	$36,800	$58,900
5	$30,680	$39,750	$63,650
6	$35,160	$42,700	$68,350
7	$39,640	$45,650	$73,050
8	**$44,120**	**$48,600**	**$77,750**

Aplicación de asistencia de emergencia con vivienda

Parte A: Información acerca de los miembro de la familia

Enliste a todos los miembros de la familia comenzando con la cabeza de familia. Cada caja debe ser completada por cada miembro/a. Nadie más, excepto a las personas que están enlistados/as en este formulario deben vivir en la unidad.

Nombre	Relación con la cabeza de familia		¿Discapacitado/a? Si / No	Sexo F/M	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social SOLAMENTE LA CABEZA DE FAMILIA

Springdale Housing Authority

Raza y etnicidad de la cabeza de familia

Raza: Marque la raza apropiada. (Puede marcar más de una categoría si aplica)

☐ Blanco/a ☐ Negro/a/ Africano Americano/a ☐ Indio americano/ Nativo de Alaska

☐ Asiático/a ☐ nativo/a de Hawái / Otras islas del pacífico

Etnicidad: Marque la etnicidad apropiada: ☐ Hispano/a o latino/a ☐ No hispano/a o latino/a

Aplicación para Admisión a Springdale Housing Authority

Parte B: Información de vivienda

Propietario/a actual:_____ Teléfono:_____

Dirección: _____

Ciudad/ Estado/Código postal: _____

Correo Electronico Del Propretario _____

Inquilino

Cantidad de Renta:_____ Cuanto Tiempo:_____

Cantidad de renta atrasada:_____ Cuantos Meses:_____

Tipo/Nombre De Providor De Utilidades

Gas:_____

Electricidad:_____

Agua:_____

Springdale Housing Authority

ASISTENCIA DE EMERGENCIA DE VIVIENDA

1. Enliste las fuentes y cantidades de todos los ingresos (dinero) esperados por los próximos 12 meses para todos los miembros de la familia de cualquier y de todas las fuentes.

Nombre de miembro familia	Fuente de ingreso	Cantidad $	Frecuencia- (Circule uno)
			Semana Mes Año
			Semana Mes Año
			Semana Mes Año
			Semana Mes Año
			Semana Mes Año
			Semana Mes Año

Springdale Housing Authority

ASISTENCIA DE EMERGENCIA

Indique la cantidad en dólares para sus gastos mensuales en la lista abajo:

Gasto en:	Cantidad Mensual	Ultima fecha pagada	Pagada por quién
Renta	$		
Electricidad	$		
Gas	$		
Agua	$		
	$		
	$		
	$		

Springdale Housing Authority
ASISTENCIA DE EMERGENCIA CON VIVIENDA

Certificación del Solicitante

Yo por este medio certifico que toda la información que yo he proveído en esta aplicación es verdadera y completa.. Yo también entiendo que cualquier persona que intente obtener asistencia con la vivienda o reducción de la renta haciendo falsos testamentos, por suplantación de identidad, por fallar en revelar o por intencionalmente ocultar información, o cualquier acto de asistencia para el cual el atentar es un crimen bajo la ley federal y bajo la ley del estado. **YO DOY PERMISO A LA OFICINA DE AUTORIDAD DE VIVENDA EN SPRINGDALE PARA CONTACTAR A MI PROPRETARIO Y COMPANIAS DE UTILIDADES PARA DISCUTAR CUALQUIER TIPO DE CANTIDAD ATRASADA O CANTIDADES FUTURAS.**

Advertencia: *Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de una felonía por tener conocimiento, y estar dispuesto/a a hacer declaraciones falsas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos y debe ser multado/a por no más de $10,000 o ser prisionero/a por no más de cinco años, o ambos.*

_____ _____
Firma de la cabeza de familia Fecha

_____ _____
Firma de la esposa/o - co cabeza de familia Fecha

Certificación del Representante de la PHA

Yo por este medio certifico por medio de mi firma que yo he explicado todas las preguntas en este formulario de aplicación y he revisado las respuestas entregadas por la cabeza de familia para asegurar que estas preguntas fueron completamente comprendidas, y completamente respondidas.

_____ _____
Firma del representante de la PHA Fecha

FOR LANDLORD

INFORMATION REQUIRED

1. Landlord Name_____
2. Address_____
3. W-9 __Please attach W-9 and return to Housing Authority
4. Statement of Client Arrears:
    a. Client Name_____
    b. Monthly Rent_____
    c. Number of Months in Arrears:_____

Landlord Signature_____

Return to Springdale Housing Authority:

E-mail: reception@springdaleha.org

Fax: 479-756-8059

Mail: P.O. Box 2085 Springdale, AR 72765

In Person: 5 Applegate Drive, Springdale, AR